

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

SANTIAGO

LA TUBERCULOSIS COMO FACTOR ETIOLOGICO
EN EL MANICOMIO NACIONAL

CONTRIBUCION DEL SERVICIO SOCIAL A
UNA INVESTIGACION CLINICA

MEMORIA DE PRUEBA
PARA OPTAR AL TITULO
DE ASISTENTE SOCIAL

WANDA CASSANELLO SAZO

1953

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
SANTIAGO

Trat. Social
C 343
1953
C.1



La Tuberculosis como Factor Etiológico en el Manicomio Nacional

Contribución del Servicio Social a una Investigación Clínica

00688

Memoria de Prueba
para optar al título
de Asistente Social.

REGISTRO N°

REGISTRO N°



UTEM50075574

WANDA CASSANELLO SAZO

1953

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

ESTA MEMORIA FUE CALIFICADA CON 17 PUNTOS,
FRENTE A UN MAXIMO DE 21 PUNTOS.



Maria Elena Neira
Bibliotecaria

El Peral, 16 de Junio de 1953.

Señorita
Ana Mac-Auliffe
Directora General de las Escuelas de Servicio Social
de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
PRESENTE.

Señorita Directora:

De acuerdo con sus deseos, he revisado la tesis "La Tuberculosis como factor etiológico en el Manicomio Nacional (Contribución del Servicio Social a una investigación Clínica)", presentada por la Srta. Wanda Cassanello S., para optar al título de Asistente Social de la Universidad de Chile.

Algunas averiguaciones hechas personalmente sobre el carácter de esta investigación, me han dado a saber que ella fué propuesta oportunamente por el profesor de Psiquiatría de la Escuela, Dr. Isaac Horwitz, habiendo sido aceptada, en principio, por sus organismos directivos. Con tal objeto, se destacó a un grupo de alumnas para recoger la información indispensable sobre el tema. Por razones que no vale la pena consignar en este sitio, la mayor parte de estas alumnas no persistió en su primitivo intento, siendo la Srta. Cassanello, la única que llevó este estudio adelante.

La tesis de la Srta. Cassanello discute un problema preferentemente médico y es fácil comprobar que el principal origen de sus aseveraciones deriva de las publicaciones de carácter médico, entregadas por el animador de la tesis. El suscrito no comparte, en principio la posición técnica que la tesis defiende.

Como queda insinuado en los párrafos anteriores, el ar-

gumento central de la tesis es de carácter médico puro y sólo en algunos de sus corolarios se han abordado algunos problemas del tipo social, aunque sin ahondarlos mayormente.

En conciencia, el suscrito ha podido formarse el siguiente juicio: la Srta. Cassanello fué encargada de recolectar un material clínico y de ayudar en una investigación de carácter eminentemente médico, sus servicios le fueron solicitados con un claro objetivo de colaboración médica. Más adelante se le permitió usar de buena parte de este material para redondear su tesis. Pero como la investigación llevaba en el fondo una orientación de carácter médico, no pudo ella en la redacción de su tesis desprenderse de su primitiva finalidad. En el terreno específico de tal colaboración desarrolló un trabajo encomiable. Tal vez el rendimiento de su tesis habría estado más en consonancia con su propia disciplina profesional si se la hubiera guiado en este campo.

En consideración a las razones anteriormente expresadas, estimo que, en justicia y conciencia, la tesis de la Srta. Cassanello merece la nota 5 (cinco).

Saluda atentamente a Ud.,

Hay una firma

Dr. René García Valenzuela
Prof. de Medicina Social

He leído la Memoria de Prueba de la Srta. Wanda Cassanello Sazo intitulada " La Tuberculosis como Factor Etiológico en el Manicomio Nacional".

El título del trabajo me parece un poco vago y creo habría sido más adecuado uno que guardara más relación directa con el problema estudiado.

La hipótesis planteada es interesante, posiblemente discutible; pero, en todo caso, se refiere a un problema médico que no es de responsabilidad directa de la Asistente Social.

En cuanto a la labor Social desarrollada, planteada como "Contribución del Servicio Social a una investigación clínica", ella evidencia un trabajo arduo y extenso. Hay algunos errores en el estudio estadístico, pero ellos no le quitan mérito al esfuerzo desarrollado en un estudio de por sí minucioso a través de observaciones clínicas, y es éste esfuerzo el que merece sobre todo, ser considerado.

Estimo merece nota 6.

Hay una firma
Dr. José Perroni B
Profesor

A la señorita
Directora de la Escuela de Servicio Social
de la Universidad de Chile
PRESENTE.

Santiago, 18 de Junio de 1953.

Señorita
Anna Mac-Auliffe
Directora de la Escuela de Servicio Social
PRESENTE.

Estimada señorita Directora:

Me es grato presentar a Ud. un informe de la Memoria de Prueba para optar al título de Asistente Social de la Universidad de Chile, de la Srta. Wanda Cassanello Sazo. La Memoria de Prueba se titula "La Tuberculosis como factor Etiológico en el Manicomio Nacional. Contribución del Servicio Social a una investigación clínica".

La tesis consta de siete capítulos y a través de ellos, la Srta. Cassanello desarrolla una investigación sobre las relaciones entre tuberculosis y enfermedad mental, siguiendo un plan para poner en evidencia la trascendencia de esta enfermedad en el medio manicomial.

Desarrolla, en la primera parte del trabajo, una investigación acuciosa y de verdadero interés, utilizando la población del Manicomio Nacional. Los resultados que expone, han sido obtenidos del estudio de un número de 2230 casos encuestados, explorando sus fichas clínicas y los antecedentes familiares de cada encuestado. Como se trata de un estudio comparativo, aprovecha estudios estadísticos de investigaciones fisiológicas practicadas en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal.

En otra parte de su trabajo, se refiere a la intervención del Servicio Social en el medio del Manicomio Nacional, en lo que respecta a la solución de problemas que afectan al enfermo y al grupo familiar estableciendo que en el ambiente que estudia, es muy importante considerar éste, como medio de conseguir una vida normal sin sentirse resentida

por la falta del enfermo hospitalizado.

Se refiere también a aspectos como Higiene Mental en relación con los enfermos tuberculosos; a la prevención de las enfermedades mentales en los tuberculosos; al trabajo y labor-terapia con la población del Manicomio Nacional.

En los capítulos I y II titulados respectivamente " El aspecto psiquiátrico de algunas formas atípicas de TBC " y "Censo de esta enfermedad en el Manicomio Nacional" practica un estudio tomando como base una encuesta especialmente adaptada y aplicada a las enfermerías de Medicina y Cirugía, mencionando algunos hallazgos en autopsias.

A través de este estudio, ilustrado para mayor comprensión, con cuadros estadísticos muy bien presentados, destaca el porcentaje mayor dentro de la población encuestada de enfermos del sexo femenino, explicando brevemente las razones de tal proporción e indicando como factores de importancia, la mayor emotividad de la mujer, su naturaleza constitutiva y otros factores que pueden anular sus defensas ante situaciones que provocan trastornos.

Es interesante además, como destaca la proporción de recuperados de enfermedades mentales dentro del índice estudiado, señalando un 70% para aquellos enfermos clasificados como agudos.

En cuadros estadísticos menciona diagnósticos psiquiátricos más frecuentes. De acuerdo a las cifras señaladas, el rubro más importante corresponde a la esquizofrenia, demostrando la importancia de esta afección en el conjunto estudiado y su extraordinaria tendencia a la cronicidad. Siguiendo este mismo orden, señala la proporción de otros

diagnósticos como la epilepsia, psicosis asociada, estados paranoídeos, etc.

Deja de manifiesto a través de este mismo estudio la proporción de TBC en los enfermos con estos diagnósticos especialmente, de acuerdo a las cifras anotadas, apreciando en consecuencia, la importancia que reviste el problema de la TBC en el Manicomio Nacional y la atención prevalente que requiere su consideración.

En otros capítulos III y IV, hace un estudio de la relación causal entre TBC y algunos cuadros mentales, estableciendo proporciones interesantes que corresponden a diagnósticos de los diferentes cuadros mentales que afectan a los enfermos de TBC. Completa su trabajo con un estudio comparativo de la proporción de TBC en el Manicomio Nacional y en un medio Social corriente (Unidad Sanitaria de Quinta Normal), basando su estudio sobre la prevalencia de la infección tuberculosa, su incidencia; prevalencia de la enfermedad e incidencia y mortalidad en función de diferentes variables como sexo, edad, residencia urbana, rural y condiciones económico sociales.

Concluye ante estudio comparativo, señalando que la proporción de TBC. en el Manicomio es muy superior a la población indicada, haciendo presente que esta mayor proporción epidemiológica, reconoce entre otras causas, la influencia del carácter crónico de las psicopatías, la indiferencia y desinterés de la propia persona por su alimentación, cuidado personal y a la introversión de que adolecen los enfermos mentales.

A través del análisis de este estudio, se aprecia que la Srta. Cassanello ha demostrado vivo interés por llevar a cabo esta investigación, la que en su forma parece haber sido practicada acufio-

samente, pese a algunos elementos adversos que es posible entrever. Los resultados conseguidos ponen en evidencia su interés y su preocupación por plantear conclusiones claras y precisas de la situación investigada. La lectura de los cuadros ilustrativos que acompañan la tesis y las referencias que establece contribuyen a facilitar la mejor comprensión del tema tratado.

En los capítulos finales relacionados con Higiene Mental, hace presente la conveniencia de adoptar medidas profilácticas de orden general para evitar por una parte la enfermedad mental en los enfermos tuberculosos y la incidencia tuberculosa en los enfermos mentales, a través de la pesquisa sistemática de los casos, exámen tisiológico general y aislamiento de los contagiosos.

Dedica un capítulo, el V, al Servicio Social aplicado a la prevención y asistencia de los familiares de los alienados desde el punto de vista de la TBG.

Destaca la importancia de la labor desarrollada por el Servicio Social en el medio hospitalario, junto al enfermo, procurando encontrar o encauzar la solución adecuada a los problemas que le producen preocupación y angustia; junto a la familia, atendiendo situaciones que pueden provocar trastornos o que pueden desorganizar la vida del grupo. Hace presente la contribución del Servicio Social en el sentido de mantener la relación entre el Hospital y el grupo familiar y lo que es muy importante, señala la contribución de éste en el sentido de lograr la responsabilidad de la familia con el respeto a su enfermo hospitalizado, estimulando su cooperación activa a la acción del hospital el que como unidad vacía su

acción curativa, preventiva y de educación a la comunidad en que actúa.

En mi concepto, en consideración a la investigación desarrollada, al interés demostrado por la Srta. Cassanello y a la forma como ha expuesto su trabajo, este estudio merece su aprobación con nota 6.

Saluda a Ud. con toda atención.

Hay una firma

Beatriz Espinoza H.
Supervisora

A mis padres con todo cariño.

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Dr. Isaac Horwitz inspirador y patrocinante de esta tesis.

A la Directora de la Escuela de ^{Servicio Social de} la Universidad de Chile señorita Ana Mac-Auliffe, en quién encontré en todo momento apoyo espiritual y sabios consejos.

A la Asistente Social Supervisora señora Rosa Carrasco por su benévola y eficaz participación.

A la señorita Hilda Wiss Enfermera Jefe del Departamento 3 del Manicomio Nacional por su abnegada colaboración.

Y a todas "aquellas personas" que contribuyeron al feliz término de esta tesis.

LA TUBERCULOSIS COMO FACTOR ETIOLOGICO

EN EL MANICOMIO NACIONAL

Contribución del S. Social a una investigación
Clínica

I N T R O D U C C I O N

El estudio de la tuberculosis como factor etiológico en ciertas enfermedades mentales, ha sido preocupación de los investigadores en muy repetidas, acuciosas y prolijas experiencias, en especial en lo que se refiere a la llamada antiguamente "Demencia precoz". Sin embargo, nunca han podido obtenerse hasta ahora resultados tangibles que pudieran relacionar como causa y efecto la infección bacilar tuberculosa y una enfermedad o cuadro mental determinado.

Naturalmente, no se incluyen en estas consideraciones los cuadros tuberculosos que presentan perturbaciones mentales dentro de su sintomatología habitual como manifestaciones inherentes a la infección, a la fiebre o a la carencia, desnutrición o disminución de la resistencia física propia de la evolución de una enfermedad tan grave como es la tuberculosis en sus distintas localizaciones.

Tampoco nos referiremos a la psicología propia de los tuberculosos, cuyas manifestaciones se derivan del carácter crónico de la enfermedad, de la gravedad de la misma ya tan difundida, de la necesidad de guardar reposo prolongado o de someterse a aislamiento en curas sanatoriales. Este aspecto merecería por sí solo un análisis especial y es suficiente para abarcar una o más investigaciones en su carácter so-

cial. Es evidente la influencia del psiquismo sobre la tuberculosis y son numerosas las observaciones de individuos que presentan sentimientos de culpabilidad o auto-punitivo o que se esfuerzan por huir de la realidad, por lo que agravan el proceso físico. De la misma manera hay que considerar la influencia de la tuberculosis sobre el psiquismo, las dificultades de adaptación de los enfermos en el Sanatorio; los inconvenientes para someterse al tratamiento; los problemas de orden sexual; las ideas reivindicacionistas; los estados ansiosos, etc. Asimismo, es conocida la exaltación sexual propia de los tuberculosos. Un estudio de Wertelman sobre la sexualidad en los tuberculosos, publicado en Stutgardt en 1950, y que se basa en un análisis de 600 enfermos, encuentra este estado de hipersexualismo en el 60 % de los tuberculosos.

Nuestro trabajo no se ha de referir a estos casos que sucintamente enumeremos y que abarcan un aspecto distinto de la cuestión. Esta tésis quiere volver sobre el problema de la relación directa entre la tuberculosis y las enfermedades mentales como factor etiológico. Pretende contribuir al descubrimiento de verdaderas relaciones entre la tuberculosis y algunos cuadros mentales, aprovechando al mismo tiempo la investigación para estudiar cómo se influyen mutuamente las afecciones psíquicas, la tuberculosis y el ambiente manicomial. Además, establecer la utilidad que una investigación en manos de una Asistencia Social pueda prestar para descubrir diferentes casos sociales y ampliar la asistencia hospitalaria reflejándola en el medio social

en que la exploración se hace a partir de un enfermo que es una verdadera veta que explotar con fines de Servicio Social.

El plan de esta tesis corresponde a la investigación preliminar para establecer cuales son las conexiones que se pueden derivar del estado actual de la incidencia tuberculosa en los establecimientos de asistencia de enfermos mentales.

Es así que en una primera parte practicamos un verdadero censo de la tuberculosis en el Manicomio Nacional, mediante una encuesta especialmente adaptada, investigación de la tuberculosis en las enfermeras de Medicina y Cirugía y los hallazgos de autopsias, así como la comprobación de esta etiología como causa de muerte de los alienados.

En un nuevo capítulo analizamos las relaciones de las distintas enfermedades mentales con la tuberculosis, así como los diagnósticos psiquiátricos de los muertos por la acción del bacilo de Koch.

En un afán de establecer la influencia que puede tener la tuberculosis en el despertar o en la evolución de una afección psíquica, es que comparamos la proporción de tuberculosis de un ambiente psiquiátrico como es el del Manicomio Nacional, con la proporción habitual de la incidencia tuberculosa en nuestro medio como es en el censo practicado en la Comuna de Quinta Normal por intermedio de la Unidad Sanitaria que allí funciona.

El aspecto realmente de Servicio Social, lo abordamos mediante la aplicación de nuestra técnica a la prevención y asistencia de las familias de los alienados desde el punto de vista de la tuberculosis.

Consideramos por último una investigación sumaria de aparición incidental: aparición de la enfermedad mental en los Hospitales y Sanatorios para enfermedades tuberculosos y agregamos algunas medidas de higiene mental que pudieran aplicarse particularmente a los tuberculosos y a sus familiares.

Primitivamente un plan tan extenso de labor fué esbozado para ser desarrollado por un conjunto de alumnas de nuestra Escuela. Es así como contamos con la colaboración para recoger el material que sirve de fundamento a esta tesis, de nuestras compañeras; señoritas Clara Sanhueza, Lucy Yévenes, Eliana Armijo y Gladys Pérez.

Razones ajenas a nuestra influencia determinaron que no pudiera contarse con su colaboración hasta el final de este trabajo. La autora de esta tesis se complace en dejar constancia en la introducción de ella, del valor inestimable de la ayuda que sus compañeras le prestaron y expresar sus sentimientos de gratitud y al mismo tiempo lamentar no haber continuado junto con ellas hasta dar fin a nuestra labor.

CAPITULO I

EL ASPECTO PSIQUIATRICO DE ALGUNAS

FORMAS ATIPICAS DE TUBERCU-

LOSIS

EL ASPECTO PSIQUIATRICO DE ALGUNAS FORMAS ATIPICAS
DE TUBERCULOSIS

Después de los trabajos de Jacquelin revisados últimamente por Hyvert, la investigación de la tuberculosis y las enfermedades mentales ha descubierto una nueva vía de estudio que permite abordar este problema que establece que en algunos enfermos la psicosis sería producto de una verdadera impregnación tuberculosa o del desarrollo de una tuberculosis atípica. Son numerosos los argumentos, y las experiencias que en este sentido pueden esgrimirse y no nos correspondería abordarlas por la índole de este trabajo, sino, en forma resumida para que sirva de documentación en una revisión de este planteamiento.

Según la concepción de Jacquelin, existirían formas de tuberculosis atípica que determinarían los llamadas psico-encefalitis extensas o limitadas, provocadas por una reacción de intolerancia local de toxinas tuberculosas secretadas por un agente patógeno, tal vez, atenuado o atípico. Estas psico-encefalitis se manifiestan por signos psíquicos que se combinan en tal forma que abarcarían la mayor parte de los síndromes psicopáticos. La naturaleza de la psicosis depende de la edad, del individuo, de su estado constitucional, sus antecedentes, su cultura, su educación, sus condiciones de vida, etc.

Jacquelin y numerosos otros autores estiman que la pandemia

tuberculosa está muy extendida en contraposición con la rareza de la tuberculosis-enfermedad. Por pandemia tuberculosa, se entiende una forma benigna de tuberculosis que a veces, permanecería ignorada si no se hiciera la cuti-reacción.

A veces durante toda la vida o durante una fase larga existiría un estado latente de toxemia crónica sin manifestaciones durante la cual el individuo se sensibiliza sin presentar lesiones específicas y sin que el Bacilo de Koch sea demostrable. Si existen lesiones son de carácter inespecífico ya de tipo fibroso o de tipo esclerosante y degenerativo que se adaptan mucho a los observados por Marchant en las encefalitis psicóticas.

Llama la atención que en estos sujetos afectados de tuberculosis atípica la débil virulencia de su infección tuberculosa o la benignidad de las lesiones, contrasta con la importancia de los fenómenos reaccionales en el sitio de dichas lesiones. Se consideran como trastornos debidos a un tipo de tuberculosis atípica el asma, el reumatismo de Poncet, ciertas traqueo-bronquitis de repetición, algunas febrículas crónicas, síndromes hepato-digestivos o disendocrinos; algunas afecciones oculares como iritis, coroiditis querato-conjuntivitis, etc. Algunos trastornos circulatorios como las acrocianosis y los sabañones y por último, formas muy diversas de psicosis de carácter primitivo.

Numerosos son los hechos que hablan a favor de esta teoría

que enfrenta la tuberculosis desde otro punto de vista. Entre los más sugestivos deben considerarse el test tuberculínico que no sólo revela la alergia, sino también la intolerancia local de la reacción del cuadro ya estudiado y los beneficios que experimentan estos enfermos por el tratamiento tuberculínico.

Algunos autores han llegado a aislar formas no ácido-resistentes del bacilo de Koch y otros pretenden la existencia de una evolución cíclica del agente patógeno tuberculoso, que en algunos períodos se transformaría en virus filtrable. Así, es posible que experiencias de seriedad insospechable hayan provocado la tuberculosis experimental en el cobayo, mediante la inoculación de fragmentos de órganos donde no existía la menor huella de bacilo de Koch. Para Mazet este virus filtrable sería de un neurotropismo evidente y daría lugar a tuberculosis especiales como el asma y la demencia precoz. El virus eliminado por los vasos se volvería a transformar en bacilo de Koch. Para Mazet, al revés de Jacquelin, se trataría de un virus y no de una toxina. Soper y Dworski han demostrado que una meningitis no se puede realizar en los animales, sino cuando está en estado de alergia tuberculosa, y Baruk ha obtenido solamente con tuberculina en el cobayo sensibilizado una verdadera enfermedad nerviosa. Así se explicaría que en cobayos previamente alergizados se haya presentado una meningitis tuberculosa experimental precedida de un estado cataléptico mediante la inyección rigurosamente estéril de líquido céfalo raquídeo de un demente precoz.

Es larga la historia de las experiencias trabajos e investigaciones más o menos, demostrativas que relacionan la impregnación tuberculosa o la tuberculosis atípica con la demencia precoz y otras formas de enfermedades neuro-psíquicas. En forma especial debe anotarse que George Petit observa en el 83% de la psicosis más diversas, una serie de síntomas que traducen una impregnación por virus neuro-tropo.

Los antecedentes bacilares son muy frecuentes en los enfermos mentales así como los que indican un proceso de tuberculización familiar en los antecedentes hereditarios y colaterales. Muchos autores se refieren a los antecedentes hereditarios colaterales de los dementes precoces y de las formas delirantes vecinas.

Agreguemos a estos argumentos el ya clásico y así llamado "balance psicosomático" de Baruk y Matey que constituyen un fenómeno especialmente sugestivo. Consiste en la desaparición de los trastornos mentales en los momentos que se produce una localización tuberculosa y recíprocamente en la aparición de trastornos mentales si la localización se atende. Este balance ha sido observado en el asma y su interpretación confirmaría la existencia de dos formas del mismo agente patógeno.

Es de observación frecuente en los establecimientos para enfermos mentales la concomitancia de la tuberculosis con algunas alteraciones psíquicas, verdaderas psicosis o esquizofrenias de curiosa evolución ya que la mejoría de la tuberculosis visceral u ósea corresponde con un agravamiento de la sintomatología psicopática y al revés

cuando ésta mejora se produce una nueva y grave localización de la tuberculosis en el cuerpo. Un caso citado por Baruk y otros se refiere a un muchacho con una tifo-bacilosis que hizo, en la convalecencia de ésta, cuadro de demencia precoz grave que curó rápida y totalmente después de la aparición de una coxitis con destrucción de la cabeza del fémur.

Asimismo a este tipo de observación corresponde la de un adolescente que sufrió una "poussée" de tuberculosis pulmonar en cuya convalecencia presentó un síndrome equizoifrénico típico, que empezó a mejorar cuando sufrió una agresión homosexual, y su afección mental se transformó en la típica encefalitis-psicosica azotémica de Marchant y Courtois, de la que felizmente sanó sin secuelas. Este caso es demostrativo del balance psicósomático, ya que la afección mental desaparece con la afección tuberculosa pulmonar y de la hipersensibilización del organismo por la tuberculosis, ya que con la agresión homosexual o sea con una emoción violenta se desarrolla el cuadro de Marchant y Courtois que habíamos citado anteriormente.

Los fisiólogos le dan poca importancia a esta relación psico-orgánica, porque ellos tienen que ver con formas graves de tuberculosis y es en estos casos en los que no se presentan trastornos mentales. En cambio los psiquiatras pueden confirmar con frecuencia, la aparición de trastornos mentales que sobrevienen después de la curación de lesiones tuberculosas.

Baruk cita los trabajos de algunos de sus colaboradores en la investigación de 200 casos de dementes precoces tuberculosos aislados en un establecimiento para enfermos crónicos, en el Sur de Francia, en las cuales a pesar de las condiciones desfavorables en lo que se refiere a la alimentación y abrigo, las lesiones pulmonares eran muy raramente evolutivas y la tuberculosis revestía una forma a menudo fibrosa o abortiva. Contrariamente a lo que pudiera creerse en muchos casos de psicosis graves, que sobrevienen en tuberculosos pulmonares, suele observarse una regresión espectacular de estas lesiones.

Numerosas pruebas biológicas proporcionan argumentos impresionantes para pesquisar la tuberculosis atípica en el exámen de los psicóticos y si bien aisladamente carecerían de importancia, el gran número de los hechos concordantes los hace dignos de crédito.

Así por ejemplo, sucede con la sedimentación sanguínea tan elevada en el comienzo de la psicosis primitiva y cuya evolución nos informa sobre la marcha de la enfermedad: una cifra normal anuncia la mejoría o el paso a la cronicidad; en un enfermo que mejora clínicamente y cuya sedimentación es elevada se puede prever una recaída. Claro es, que el aumento de la velocidad de sedimentación se observa en muchos estados infecciosos: en el embarazo, en la insuficiencia hepática, pero no se puede negar que objetivamente un origen infeccioso, lo que concuerda con las comprobaciones clínicas y que no hay por qué limitar al estudio de la demencia precoz el origen tuberculoso de al-

gunas psicosis.

En segundo lugar citemos el test tuberculínico, que como se sabe consiste según lo propuesto por Jacquelin, en inyectar subcutáneo medio milígramo, un milígramo y 5 miligramos de tuberculina cada tres días y se puede observar las tres reacciones de rigor; local, general y sindromática. Esta última que es la primera en aparecer, ha dado en numerosos exámenes practicados en enfermos atacados de demencia precoz, de estados paranoídeos diferentes, de episodios delirantes, de psicosis ansiosa, de melancolía, de manías, etc., una cifra de 73% de positividad, que seguramente debe ser superior ya que los resultados tomados por negativos había una persistencia del estado mórbido o cuadros mentales fijos desde el punto de vista evolutivo o en estado de anergia. Esta falta de sensibilidad primitiva desaparece después del electro-schok.

Las reacciones sindrómicas o sindromáticas son de gran intensidad generalmente. Los cuadros mentales se exageran o aparecen síntomas nuevos de agudización, es decir, comportando confusión, ansiedad y agitación.

Podríamos extendernos sobre otras pruebas biológicas como el gránulo-diagnóstico de Benda y Urgía, pero estimamos que la naturaleza de este trabajo no corresponde a una exposición tan detallada.

Sobre este mismo concepto se han ideado procedimientos terapéuticos que son otros tantos argumentos a favor de estas tubercu-

losis atípica con manifestaciones psicóticas. Así sucede con los tratamientos por las sales de oro y con la tuberculina y las comprobaciones del mejoramiento de la sintomatología somática, psíquica y biológica.

Agreguemos por último los argumentos anátomo-patológicos, que son difíciles de esgrimir en la psicosis primitiva que son de buen pronóstico *quo-ad-vitam*; pero en cambio las investigaciones de Marchant sobre las encefalitis psicóticas han demostrado lesiones en el encéfalo que corresponden a las que se comprueban en la tuberculosis atípica.

El mismo polimorfismo sintomático de la encefalitis psicóticas, es el que se encuentra habitualmente en la psicosis primitiva: delirio agudo, confusión mental, estados oníricos o ansiosos con ideas melancólicas e hipocondría, psicosis alucinatorias, síndromes de influenza, manía aguda y hebefrenia catatónica. Asimismo las lesiones son degenerativas e inflamatorias en distintas regiones, que consideramos inoficioso describir, pero es evidente que a los hechos clínicos corresponde una anatomía patológica y esto es de gran valor para la interpretación de los cuadros que nos preocupan.

Por otra parte, el problema de la tuberculosis atípica en la génesis de algunas psicosis plantea el problema de la psicosis-enfermedad desde un ángulo muy diferente. Este concepto de la psicosis enfermedad bastante discutido y ya casi completamente abandonado, no podría tomarse en consideración en la cuestión que nos preocupa; en cambio síndromes mentales de los más variados pueden ser atribuidos a es-

tas formas de tuberculosis atípica, estado infeccioso y tóxico capaz de provocar trastornos funcionales diferentes.

La psicosis-síndrome opuesto a la psicosis-enfermedad, depende de condiciones individuales variadas, numerosas y distintas, y corresponde a una forma de patología que no se diferencia de la patología general. Se explica igualmente que una etiología puede descubrirse en el comienzo del cuadro mental y que progresivamente pueden desaparecer los síntomas demostrativos de la causa y persistir el trastorno mental que es entonces de carácter funcional. Del mismo modo que una actitud viciosa después de una artritis por ejemplo puede persistir, después de desaparecer la enfermedad causal, tal pasa con una antigua psicosis que es la secuela funcional de un proceso, cuya causa puede haber desaparecido.

Así se explica que una terapéutica basada en el origen etiológico sólo puede efectuarse durante un tiempo relativamente corto, algunos meses y que el diagnóstico definitivo de la psicosis sólo muy raramente puede hacerse al principio de ella.

Sintetizando entonces, el brote toxémico de una tuberculosis atípica produce reacciones de intolerancia local, que comportan confusión, agitación y ansiedad. La psicosis definitiva no aparece sino más tarde: se organiza más o menos, rápidamente lo que depende más del sujeto que de la causa que la provoca. Naturalmente no se puede esperar esta fase y la precisión de un diagnóstico para empezar a tratar al en-

fermo.

De la misma manera se puede explicar la psicosis de evolución periódica por resgudizaciones de una toxemia tuberculosa crónica como lo demuestran algunas pruebas biológicas que hemos citado más arriba.

A pesar de los hechos anotados en este exordio el problema etiológico de la tuberculosis como causa de enfermedad mental, ha sido muy discutido y criticado sobre la base de verificaciones estadísticas. Sin embargo, una investigación de esta clase no puede basarse en el estudio de los hechos negativos, ya que como lo hemos expresado la sensibilización de la tuberculosis atípica va desapareciendo con el tiempo y la psicosis residual que constituye la marca psiquiátrica de la mayor parte de los individuos que quedan en los asilos de alienados, nada tiene que ver, sino en calidad de secuela con la tuberculosis inicial. La impregnación tuberculosa ha desaparecido. Los resultados positivos en cambio constituyen siempre hechos interesantes para encauzar una investigación.

Si se acepta teóricamente la existencia de una impregnación tuberculosa atípica, aparece una serie de psicosis primitivas que se pueden incorporar a este cuadro de la patología general. Requiere naturalmente dejar a un lado las concepciones clásicas en materia de tuberculosis y psiquiatría.

Corresponde, entonces, de acuerdo con este planteamiento teórico, analizar y comprender la evolución de la psicosis desde otro pun-

to de vista y con este objeto, se ha iniciado el estudio que comporta el plan de esta tesis de prueba, para considerar en un grupo grande enfermos la proporción en que la tubersulosis es comprobada en la evolución de su afección mental dentro del Manicomio Nacional.

CAPITULO II

censo de la tuberculosis en el manicomio

NACIONAL

CENSO DE LA TUBERCULOSIS EN EL MANICOMIO NACIONAL

a) Encuesta.

El conocimiento de la importancia del problema de la tuberculosis dentro del Manicomio Nacional requería una investigación prolija del desarrollo de esta afección en la población del citado hospital. Como es bien sabido se trata de una población bastante numerosa, siempre superior a 2.000 enfermos y en consecuencia sus resultados desde el punto de vista estadístico tendrían que ser suficientemente demostrativos.

Con este objeto, fué planeada una encuesta para revisión en el más corto tiempo del total de los enfermos asilados en el Manicomio Nacional, aprovechando esta labor, para anotar una serie de elementos que pudieran desprenderse de la lectura de todas las fichas clínicas. La encuesta se hizo según el siguiente modelo:

- 1.- Nombre del enfermo
- 2.- Edad
- 3.- Departamento en que está asilado
- 4.- Profesión
- 5.- Domicilio
- 6.- Diagnóstico mental
- 7.- Clasificación de oficio
- 8.- Número de ingresos
- 9.- Antecedentes familiares de tuberculosis

- 11.- Radioscopía pulmonar
- 12.- Otros diagnósticos de tuberculosis
- 13.- Antecedentes alcohólicos
- 14.- Grupo familiar y
- 15.- Otros datos de interés (observaciones)

Esta investigación se realizó entre el 22 de Mayo y el 8 de Julio de 1951, empezando por los departamentos de agudos, que eran los más sujetos a variaciones en la población de enfermos, ya que el Departamento de crónicos prácticamente no tiene disminución ni aumento de población muchas veces en el curso de varias semanas. De tal modo se puede considerar que en el lapso anotado el conjunto investigado corresponde casi exactamente al que pudiera encontrarse en un día determinado en el Manicomio Nacional, y también a lo que pudiera considerarse el término medio de la población existente en dicho hospital en la época actual.

Naturalmente, no era posible realizar en menos tiempo que el anotado, una encuesta de esta naturaleza, ya que fué necesario para el grupo de alumnas que inició este estudio, la revisión acuciosa de cada ficha clínica, la mayor parte de las cuales están constituidas por muchas páginas y con muchos datos por la larga estada de los enfermos en un hospital de esta naturaleza.

El Manicomio Nacional está constituido por 20 Departamentos, que incluyen a indigentes y pensionistas, distribuidos en departamen-

tos de hombres y mujeres de la siguiente manera:

Hombres: Departamento de observación

Pensionado de tercera clase

" " primera y segunda clase

Departamento 4

" 6

" 2 (De reos o de reos alienados)

Departamento Fontecilla

Mujeres: Departamento de observación

Pensionado de 3a.

" " 1a. y 2a. clase

Departamento 1

" 3

" 5

" 7

" 9

" 11

" 13 y

" 15

El total de enfermos encuestados de 2.230, distribuidos en 512 hombres y 1.718 mujeres. Lo que significa una proporción de 1 es a 3,5, proporción que parece exagerada para lo que es corriente en

establecimientos de esta clase en otros países que corresponde 1 es a 2. Sin embargo, si se considera que la Colonia del Feral (Opendoor) es un verdadero departamento de crónicos, donde se envían los enfermos hombres del Departamento 6 y otros del Manicomio Nacional, y que comprende a una población aproximada de 700 enfermos, lo que daría la siguiente cifra: hombres 1.212.- Mujeres 1.718.-

Son conocidas las razones que explican la mayor proporción de individuos del sexo femenino y que se refieren principalmente al hecho de la mayor emotividad de la mujer sometida por razones propias de su situación social a mayores dificultades o trastornos que es menos capaz de resolver. Esto no quiere decir que aceptamos una menor capacidad psíquica frente al hombre, sino que por lo mismo que ha despertado más tarde a la cultura y que por naturaleza hace una vida más retraída, su sistema nervioso tiene menos recursos para descargarse de los elementos patológicos que la excitan o que la torturen de distinta manera.

Agreguemos a esto las variabilidades periódicas que afectan a la mujer en lo que influyen las alteraciones endocrinas de la menstruación, del parto y del puerperio que comportan peligros para la salud mental de la mujer. Además las complicaciones del mismo orden derivados de los abortos, de la esterilidad, de la insatisfacción sexual, etc.

No nos extendemos más sobre este aspecto, ya que no corres-

ponde a la índole de este trabajo.

Los enfermos nuevos en su primer ingreso o en ingresos sucesivos de la misma afección, son recibidos en los departamentos de Observación, donde permanecen en calidad de enfermos agudos y se les somete a los exámenes y tratamientos, que generalmente según estadísticas ya probadas en el Manicomio Nacional, consiguen un 70% de curaciones, en los enfermos nuevos que ingresan en el curso de los primeros meses de evolución de su enfermedad. Los enfermos que no mejoran o cuyo cuadro evoluciona a la cronicidad, son "Clasificados de oficio" según los reglamentos vigentes y desde este momento quedan en calidad de crónicos y destinados a los departamentos de crónicos. Excepcionalmente existen numerosos casos de crónicos en los Departamentos de Agudos, pero esta contingencia es debida exclusivamente a la escasez de camas en los departamentos de crónicos en lo que se refiere especialmente a hombres, por la dificultad de vaciar este tipo de enfermos en el Opendoor.

Los demás rubros de la encuesta se hicieron de acuerdo con sus enunciados y no requieren explicación particular.

Detallamos a continuación los hallazgos de la encuesta y debemos advertir en lo que se refiere a los diagnósticos de las enfermedades mentales, aceptamos la clasificación de la ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA, que ha sido adoptada por todos los países americanos, salvo muy pocas excepciones (Argentina, Brasil), y que es la que se usa en el Manicomio Nacional desde el acuerdo internacional adoptado en las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Pan Americanas reunidas en Santia-

tiago de Chile en Enero de 1937.

CUADRO DE LA NOMENCLATURA PSIQUIATRICA.

- 1.- Psicosis Traumática
- 2.- Psicosis senil
- 3.- Psicopatías asociadas a la arterioesclerosis cerebral
- 4.- Parálisis general
- 5.- Psicosis asociada a sífilis cerebral
- 6.- Psicopatías asociadas a Corea de Huntington
- 7.- Psicosis asociada con tumor cerebral
- 8.- Psicopatías asociadas a otras enfermedades cerebrales o nerviosas
 - a) Embolia cerebral
 - b) Parálisis agitante
 - c) Meningitis tuberculosa u otras formas
 - d) Esclerosis en placas
 - e) Tabes dorsal
 - f) Corea aguda
 - g) Encefalitis epidémica
 - h) Otras enfermedades
- 9.- Psicosis alcohólicas
 - a) Delirium Tremens
 - b) Psicosis de Korsakow
 - c) Alucinosis aguda
 - d) Otras formas agudas o crónicas

- 10.- Psicopatías causadas por drogas y otras toxinas exógenas a) Opio (y sus derivados), cocaína, bromuro, cloral, etc. solos o combinados.
 - b) Metales, como plomo, arsénico, etc.
 - c) Gases
 - d) Otras toxinas exógenas
- 11.- Psicosis asociada 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 enfermedad cardio-renal
 - f) Psicosis con enfermedad de las glándulas endocrinas
 - g) Psicosis ligadas a otras enfermedades o Estados
- 13.- Estados maniacos depresivos
 - a) Forma maníaca
 - b) Forma depresiva
 - c) Otras formas
- 14.- Melancolía involutiva
- 15.- Demencia precoz (esquizofrenia)
- 16.- Paranoias y estados paranoideos
- 17.- Psicosis epilépticos
- 18.- Psiconeurosis y neurosis

Cuadro N^o 2
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICOS DE LOS ASILADOS

N ^o	Diagnósticos Psiquiátricos	Total Parcial	H.	M.	Totales	%
1	Psicosis Traumática	6			6	0.26
2	Psicosis Senil	76			76	3.40
4	Parálisis General	34			34	1.52
5	Psicosis Asociada a Sífilis Cerebral	1			1	0.04
8	Psicosis Asociadas a otras enfermedades Cerebrales o Nerviosas	4 7			11	0.49
9	Psicosis Alcohólicas	a) Delirium Tremens	16		36	1.56
		b) Psicosis de Korsakow	3			
		c) Alucinosis Aguda	1			
		b) Otras formas Agudas o Crónicas	16			
10	Psicopatías causadas por drogas y otras toxinas exógenas	24			24	1.07
11	Psicosis Asociada a la Pílagra	4			4	0.17
12	Psicopatías Asociadas a otras enfermedades somáticas	a) Delirio Ligado a enfermedades infecciosas	1		30	1.34
		b) Psicosis Post. infecciosa	4			
		d) Delirio de origen toxocóico	19			
		e) Psicosis Ligada a otras enfermedades o estados	6			
13	Estados Maniacos Depresivos	a) Forma Maniaca	88		86	3.99
		b) Forma Depresiva	1			
14	Melancolía Involutiva	6			6	0.26
15	Demencia Precoz (Esquizofrenia)	864			864	38.7
16	Paranoia y Estados Paranoideos	107			107	4.79
17	Psicosis Epilépticas	77			77	3.45
18	Psiconeurosis y Neurosis	5			5	0.22
19	Psicosis Asociada a personalidad psicopática	8			8	0.35
20	Psicosis Asociada a deficiencia mental	131			131	5.87
22	Sin Psicosis	d) Epilepsia	111		359	16
		b) Alcoholismo	7			
		c) Toxicomanía	1			
		d) Personalidad Psicopática	23			
		e) Deficiencia Mental	215			
		f) Otros Estados	2			
	Sin Diagnóstico	362			362	
	Totales Generales	2.230.-	512	1718	2.230.-	

- a) Forma histérica
 - b) Forma psicatenica (estados ansiosos y obsesivos)
 - c) Forma neurasténica
 - d) Otras formas
- 19.- Psicosis asociada a personalidad psicopática
- 20.- Psicosis asociada 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

Según esta clasificación los enfermos se distribuyeron en la siguiente forma:

Ver cuadro N° 2

Es interesante el análisis de las proporciones según los diferentes diagnósticos de la población que hemos podido encuestar en el Manicomio Nacional en los meses de Mayo a Julio de 1951. Como puede observarse en las cifras anotadas en el cuadro N° 2 el rubro más importante de enfermos es el que corresponde a la Esquizofrenia (demencia precoz), en lo que se encuentran 864 casos sobre 2.230 encuestados, lo que corresponde a un 38,7%. Si descontamos del conjunto de

2.230 enfermos los 362 que no tienen diagnóstico mental, la proporción de la esquizofrenia conocida subiría a 1.868 casos o sea el 83,7% lo que demuestra la importancia de esta afección en el conjunto maniaco-manicomial y la extraordinaria tendencia a la cronicidad que esta enfermedad tiene. Sin embargo, debemos tener presente que se trata de casos antiguos, en que la enfermedad hizo irrupción cuando la psiquitría prácticamente carecía de tratamiento. Actualmente el advenimiento de la Insulino-Terapia (método de Sakel) y la convulso-terapia cardio-sólica o eléctrica (electro-schok), ha mejorado considerablemente el pronóstico de esta enfermedad, por lo menos en un 60%; de tal manera, que en el futuro seguramente este rubro en el caso de hacer una investigación similar estaría más reducido.

En segundo lugar debemos considerar la proporción marcada de la epilepsia con psicosis (77) y sin psicosis (111). En el fondo una epilepsia que llega a la necesidad de ser hospitalizado en este Establecimiento, comporta la calidad de psicosis á por lo menos de desadaptación social. A continuación el rubro más importante es el de la Psicosis asociada a deficiencia mental, 131 casos y después las paranoias y estados paranoídeos. En estos dos rubros la proporción elevada se explica por el carácter crónico e irreversible de estas afecciones.

Estudiando el cuadro se encuentra a continuación en proporciones elevadas de psicosis maniaco-depresiva y las psicosis seniles. En este último caso la afección es crónica y definitiva, pero en lo que se refiere a la psicosis maniaco depresiva, el rubro está reduci-

do porque se trata de una psicosis periódica, transitoria y de repetición, por lo tanto, los enfermos entran y salen del Manicomio.

En lo que se refiere a la psicosis alcohólica que aparece en proporción tan reducida, tampoco expresa el porcentaje de 1.56% lo que realmente acontece en este hospital, ya que las afecciones de este tipo son generalmente de corta duración y la mayor parte de los casos más prolongados permanecen en el Instituto de Reeducción Mental o son atendidos en sus domicilios.

Un grupo numeroso corresponde a las personalidades Psicopáticas, en las que no hay procesos psicóticos, pero sí desadaptación social, determinando la reclusión de que son objeto y por lo tanto no son individuos que pueden salir del establecimiento y permanecen definitivamente en él.

ESTUDIO RADIOSCOPICO PULMONAR DE LOS SOSPECHOSOS

Cuadro N^o 3

	Años 1945-1950	%	Año 1951	%	Total 1945-1951	%
Número de Enfermos Investigados	667		555		1.222	
Radioscopias de Tórax (+)	70	10,4	38	6,8	108	8,8
Radioscopias Residuales	27	4,0	10	1,8	37	3,0
Radioscopias de Tórax (-)	570	84,4	507	9,3	1.077	
Sin Radioscopia	1.563		1.008		1.008	
Ambos grupos Positivos y Residuales	97	14,5	48	8,4	145	11,8

b) Estudio radioscópico pulmonar de los sospechosos.

Ver cuadro N° 3

La revisión de las historias de los 2.230 enfermos investigados y cuya evolución estaba en ella consignada en los enfermos crónicos desde el año 1945 hasta 1950 inclusive, en un total de 667, demostró que existía una tuberculosis positiva al estudio radiológico en 70 casos, o sea el 10,4% y negativas en 570 o sea el 82,4% y residuales en 27 casos el 4.04%. No existía ese estudio radiológico en 1563 casos.

Si se considera la proporción de tuberculosis residual y activa (97) en el total de los casos con estudio radiológico (667), se encuentra una cifra del 14.5 % bastante elevada que permite considerar el problema de la tuberculosis en el Manicomio como uno de los más importantes y que requiere atención prevalente por distintos aspectos que hemos enunciado en la introducción de esta tesis.

Durante el año 1951 sometimos a examen radiológico a 555 enfermos de los casos hospitalizados, que no presentaban este examen consignado en su ficha clínica o sea redujimos los 1.563 sin radiología anotados en el cuadro anterior, a 1.008 casos. En estos 555 exámenes obtuvimos las siguientes cifras: tuberculosis positiva en 38 casos o sea el 6,8 %, tuberculosis residual en 10 casos o sea el 1,8 por ciento; radiología negativas en 507 casos o sea el 91.3 %.

En síntesis el cuadro total que toma los años 1945 hasta 1951 inclusive es el siguiente:

Tuberculosis residual	37	casos	3.02%
Tuberculosis positiva	108	"	8.8 %
Radiología negativa	1.077	"	
Sin radiología	1.008	"	
			<hr/>	
Total de enfermos	2.230			

En resumen el porcentaje de tuberculosis considerando el total de los 2.230 enfermos es de 6,5%. Pero si consideramos solamente el grupo de los enfermos estudiados que son 1.222, el porcentaje de tuberculosis activa, positiva y residual es de 11.8 %.

Cuadro N° 4

ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD EN EL POLICLINICO

Enfermería de Mujeres

	Año 1947	Año 1948	Año 1949	Año 1950	Totales	%
Número de Consultas	327	439	545	477	1.788	
Tuberculosos	41 = 12,5%	53 = 12,1%	52 = 9,5%	62 = 13%	188	10,5

Enfermería de Hombres

	Año 1947	Año 1948	Año 1949	Año 1950	Totales	%
Número de Consultas	96	95	102	122	315	
Tuberculosos	12 = 12,5%	5 = 5,2%	8 = 7,8%	11 = 9%	36	11,4

Estadística de Morbilidad en Conjunto

	Año 1947	Año 1948	Año 1949	Año 1950	Totales	%
Número de Consultas	423	534	647	599	2.103	
Tuberculosos	53 = 12,5%	38 = 7,1%	60 = 9,2%	73 = 12,1%	224	10,6

Cuadro N°5

ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA ENFERMERIA DE MUJERES

	AÑO 1946	%	AÑO 1947	%	AÑO 1948	%	AÑO 1949	%	AÑO 1950	%	Total	%
Existencia de enfermos al 1º de Enero	37		32		34		28		26		157	
Número de enfermos ingresados	155		231		188		170		109		853	
Total	192		263		222		198		135		1010	
Fallecidos en la Enfermería	51	26,5	41	15,5	75	7,6	55	27,2	39	28,8	261	25,8
Dados de Alta	109	56,7	188	71,4	119	53,6	117	59	74	54,8	607	60
Existencia de enfermos el 31 de Diciembre	32		34		28		26		22		142	
Total	192		263		222		198		135		1010	
Enfermos de tuberculosis	37	19,2	41	15,5	42	18	54	27,2	24	17,7	198	19,8
Fallecidos de tuberculosis	22	11,4	13	4,9	24	10,8	19	9,5	10	11,3	88	8,7

ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA ENFERMERIA DE HOMBRES

	AÑO 1946	%	AÑO 1947	%	AÑO 1948	%	AÑO 1949	%	AÑO 1950	%	Total	%
Existencia de enfermos el 1º de Enero	29		20		23		25		24		121	
Número de enfermos ingresados	147		150		152		169		182		800	
Total	176		170		175		194		206		921	
Fallecidos en la enfermería	51	28,9	48	28	47	26,8	57	29,7	54	26,2	257	28
Dados de Alta	105	59,6	99	58,2	103	58,8	113	58,2	132	64	552	59,9
Existencia de enfermos al 31 de Diciembre	20		23		25		24		20		112	
Total	176		170		175		194		206		921	
Enfermos de tuberculosis	12	6,8	15	9,2	30	17,1	39	20	28	13,5	124	11,5
Fallecidos de tuberculosis	5	2,8	1	0,5	5	2,1	11	5,6	11	5,3	33	3,5

c) Investigación de la tuberculosis como causa de ingreso y tratamiento en las enfermerías de Medicina y Cirugía del Establecimiento.-

Publicamos a continuación los hallazgos estadísticos de la tuberculosis como incidencia en las consultas de policlínico de las enfermerías de Medicina y Cirugía del Manicomio:

Ver cuadro N° 4

He aquí los cuadros correspondientes:

Haciendo el análisis de estos cuadros se puede observar que el total de las consultas de policlínico de mujeres es de 1.788 enfermas, en el curso de 4 años (1947-1950). De estas consultas 188 eran tuberculosis o sea el 10,5 % y las consultas de Policlínicos de hombres de 315 enfermos en el mismo número de años (1947-1950). De estas consultas 36 eran tuberculosis o sea el 11,4 %. Si sumamos estos totales de hombres y mujeres tendríamos un conjunto de consultas de 2.113 enfermos y de éstos 224 con tuberculosis, o sea el 10,6 %.

En lo que se refiere a los enfermos hospitalizados son los siguientes:

Ver cuadro N° 5

En un total de 1.010 enfermos, mujeres hospitalizadas en el curso de 5 años (de 1946-1950), 198 son casos de tuberculosis, o sea el 19,8 % y en este mismo tiempo 88 fallecidos por tuberculosis o sea el 8,7 %.

Cuadro N.º 6

ESTADÍSTICAS TOTALES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ENFERMERIAS DE HOMBRES Y MUJERES. SECCION MEDICINA INTERNA

	AÑO 1946	AÑO 1947	AÑO 1948	AÑO 1949	AÑO 1950	Total	%
Existencia de enfermos en Enero	66	52	57	53	50	278	
Número de enfermos ingresados	302	381	340	339	291	1.653	
Total	368	433	397	392	341	1.931	
Fallecidos en Enfermería	102 = 27.7%	89 = 20.5%	122 = 30.7%	112 = 28.5%	93 = 27.2%	518	26.8%
Dados de Alto	214 = 58.1%	287 = 66.2%	222 = 55.9%	230 = 58.6%	206 = 60.4%	1.159	60.4%
Existencia de enfermos el 31 de Dic.	52	57	53	50	42	254	
Total:	368	433	397	392	341	1.931	
Enfermos de Tuberculosis	49 = 13.3%	56 = 12.9%	72 = 18.1%	93 = 23.7%	52 = 15.2%	322	16.6%
Fallecidos de Tuberculosis	27 = 7.3%	14 = 3.2%	29 = 7.3%	30 = 7.6%	21 = 6.1%	121	6.2%

En la sección de hombres de medicina interna tenemos que en 921 alienados que ingresaron a esta enfermería, 124 eran casos de tuberculosis, o sea el 11,5 % y 33 fallecidos de tuberculosis, o sea el 3,5%.

Si sumamos estos totales de hombres y mujeres de la Sección de medicina interna, tendríamos en conjunto 322 alienados enfermos de tuberculosis, o sea el 16,6 % y de éstos fallecidos 121 o sea el 6,2 %. Esta investigación corresponde a cinco años (1946-1950). Cuadro 106

Es interesante, respecto de estas cifras estadísticas que hemos encontrado en el estudio de la tuberculosis en el medio manicomial, referirse a la encuesta practicada por el Dr. Raúl Vicensio en la que estudia la epidemiología y el balance necrópsico de la tuberculosis durante los años 1943 a 1944, cuyo objetivo fué determinar la extensión y distribución de la tuberculosis en un medio cerrado y de bastante población, cuyas condiciones ambientales eran fáciles de determinar.

El citado autor hizo la encuesta fisiológica investigando la reacción tuberculínica en 442 enfermos y la prueba radiológica en 553 incluyendo los anteriores y además estudió 1.034 protocolos de autopsia y comprobó que el 88% de los investigados eran tuberculinos positivos; que había una morbilidad oculta de 19,89 % y una morbilidad activa por tuberculosis en 8,32 %.

La mortalidad por tuberculosis resultó en un 2,05 % sobre

ESTADÍSTICA DE ENFERMOS FALLECIDOS CON LESIONES TUBERCULOSAS

Diagnósticos Psiquiátricos	Nº	Edades			Sexo		T.B.C. Como Causa de Muerte	T.B.C. Como Hallaz. 5º	T.B.C. Como Muerte y Hallaz.	Diagnóstico Clínico Comprobado	Diagnóstico de T.B.C.							
		ANA-PLACIA	MENA-PLACIA	CADA-PLACIA	?	H.	M.	Sumario	Satélite		Completo	Otro						
1 Psicosis-traumática	1			1		1				1	1	1						
2 Psicosis Senil	5		1	2	2	2	3	4	4	4	5						1	
3 Psicosis Asociadas a arterioesclerosis cerebral	1			1			1	1	1	1	1	1						
4 Parálisis General	8		7	1			8	5	7	4	8						1	
8 Psicopatías Asociadas a otras enfermedades cerebrales o nerviosas	8		2				2	2			2	2					2	
Meningitis tuberculosa	1		1				1	1			1	1					1	
Psicosis Alcohólica	1		1				1	1			1	1						
9 a) Delirium Tremens	2		2				2	2	1	1	1	2	1		1		1	
d) Otras formas Agudas o crónicas	2		2				2	1			1	1				1	1	
10 Psicopatías causadas por drogas y otras toxinas exógenas	4		3		1	1	3	3	4	3	4				1		2	
11 Psicosis Asociada a La Pelagra	1			1			1	1			1	1						
12 Psicopatías Asociadas a otras enfermedades somáticas	1		1				1	1	1	1	1	1	1					
a) Delirio ligado a enfermedades infecciosas	2	2					1	1	2	1	1	1	2					
c) Delirio por Agotamiento	1		1				1	1			1	1						
d) Delirio de Organ desorganizado	3		2	1			2	1	1	1	2	3						
13 Estados Maniaco Depresivo	7	1	3	2	1	1	6	7	2	2	5	6	1		1	1	1	
a) Forma Maniaca	3		2	1			1	2	2	3	2	3	1				1	
b) Forma Depresiva	1		1				1	1			1	1					1	
14 Melancolía Involutiva	3			3			3	3	3	2	1	3						
15 Esquizofrenia	85	5	60	14	6	26	59	77	49	44	31	78	21	3	1	1	3	20
16 Paranoias y Estados Paranoicoides	7		1	4	2	2	5	5	3	2	1	7						2
17 Psicosis Epiléptica	10	2	7	1			2	8	9	6	5	3	10	1				2
20 Psicosis Asociada a Deficiencia Mental	3		3				3	2	2	2		3						
Sin Psicosis																		
22 a) Epilepsia	10	5	5				4	6	6	9	6	5	4	9	5			4
b) Alcoholismo	5		4		1	5		4	3	2	2	5	1					1
c) Deficiencia Mental	12	5	4	2	1	3	9	10	7	6	5	12	2		1		1	5
Sin Diagnóstico	39	2	22	9	6	16	23	32	20	19	18	36	5			3	2	3

una población de 9.600 enfermos en un período de 3 años.

La morbilidad fué de un 3% especialmente por tuberculosis pulmonar.

Termina el Dr. Vicencio estableciendo que la tuberculosis se presenta con mayor frecuencia en las psicosis crónicas consuntivas y que conducen por aparente introversión o por indigencia mental al abandono del cuidado de las personas.

d) La tuberculosis como causa de muerte de los alienados.-

(cuadro de la mortalidad)

En lo que se refiere a la mortalidad por tuberculosis encontrado en las autopsias fué de 118 entre un total de 1.244 fallecidos o sea el 9,4 %.

e) La tuberculosis como hallazgo en las autopsias del Manicomio Nacional.-

(Cuadro de hallazgos)

En cuanto a la tuberculosis como hallazgo se encontraron en las autopsias 125 casos en un total de 1.244 fallecidos o sea en un 10 %.

CAPITULO III

ENFERMEDADES MENTALES Y TUBERCULOSIS

Cuadro N° 8

DIAGNOSTICOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES CORRESPONDIENTE A LOS ENFERMOS TUBERCULOSOS

N°	DIAGNOSTICO MENTAL	N°	E D A D E S				S E X O	
			ANA-PLASIA	META-PLASIA	CATA-PLASIA	?	H	M
15	Esquizofrenia	69	17	35	8	9	16	53
9	Psicosis Alcohólica.	13	2	6	5		9	4
17	Psicosis Epiléptica.	10	3	5	1	1	2	8
13	Psicosis Maniaco depresiva	13	2	2	8	1	4	9
22	Sin Psicosis	11		5	4	2	3	8
16	Paranoia y Estados Paranoídes	5	3	1	1		1	4
2	Psicosis senil	7			5	2	2	5
20	Psicosis asociada a deficiencia mental	5	1		3	1	1	4
21	Psicopatías no diagnosticadas	3		1	2		1	2
19	Psicosis asociada a personalidad Psicopática	3	1	2			1	2
12	Psicopatías asociadas a otras enfermedades somáticas							
4	Parálisis General	2		1	1		1	1
14	Melancolía involutiva	1	1					1
3	Psicosis asociada a arteria esclerosis cerebral	1			1			1

ENFERMEDADES MENTALES Y TUBERCULOSIS

a) Diagnóstico de las enfermedades correspondientes a los muertos de tuberculosis.

Como hemos expresado anteriormente se han hecho muchas tentativas para hacer una relación causal entre tuberculosis y algunos cuadros mentales. Es interesante en consecuencia establecer qué proporción corresponde a los diagnóstico de las diferentes enfermedades en los enfermos de tuberculosis comprobada dentro del Manicomio Nacional.

Ver cuadro N° 1

Como puede verse por el cuadro que transcribimos la mayor proporción corresponde a la esquizofrenia 69 casos en un total de 145 o sea 47,5 % y siguen a continuación las psicosis epiléptica, la psicosis alcoholica y la psicosis maniaco depresiva con un número similar y enseguida se anotan las psicosis seniles y los paranoias que corresponden todo este grupo a enfermedades con tendencia a la cronicidad con larga permanencia en el Establecimiento.

b) Cuadros mentales propiamente atribuidos a la tuberculosis como causa.

Como hemos expuesto al explicar la motivación de esta investigación, los cuadros mentales que pueden atribuirse a formas de tuberculosis atípica de sintomatología psiquiátrica, tienen aspectos bien diversos, de tal manera que no puede pensarse en una psicosis -

enfermedad, es decir en un cuadro mental propio de la tuberculosis, sino en aspectos sindromáticos muy diversos que tienen como denominador común una etiología tuberculosa.

Nada se opone a que una misma causa en sujetos distintos provoque síndromes mentales variados. Se comprende que para esta etiología una serie de elementos como son la edad, los antecedentes, la educación, la instrucción, el medio ambiente, el clima psicológico, etc., pueden variar la evolución y el aspecto clínico que una misma causa (la tuberculosis) puede determinar.

Otra dificultad para esta clase de comprobaciones es decir, para el lugar que la tuberculosis ocupa en el comienzo de la evolución del cuadro mental, es el hecho de que el síndrome somático inicial se atenúa progresivamente desde que aparecen los trastornos mentales y la persistencia de éstos se explica por su carácter funcional. De este modo una psicosis de cierta antigüedad aparece como una secuela que sólo se puede abordar en su aspecto principal, es decir desde el mismo punto de vista psicológico.

He aquí la explicación del fracaso de la investigación etiológica en muchos cuadros mentales que se identifican en el curso de su evolución, se confunden entre sí y terminan por complicarse con influencias somáticas que la misma alteración psíquica inicial determina especialmente en el aspecto endocrino y entonces con etiologías distintas se producen cuadros mentales que se oculta más tarde bajo la etiqueta común de la esquizofrenia.

Por otra parte la observación de las psicosis de evolución periódica tan frecuente en los hospitales psiquiátricos no pueden tener otra causa que la periodicidad de los brotes de la afección etiológicamente primitiva como lo hemos hecho notar. En muchos exámenes de laboratorios (granulograma) reveladores de la toxemia tuberculosa demuestran su positividad en las recaídas con constancia absoluta y en cambio se hacen negativos en las remisiones.

En síntesis, este tipo de psicosis primitiva, trastorno funcional que es dependiente de la toxemia tuberculosa o tuberculosis atípica aparece en la clínica en forma que se confunde con una serie de diagnósticos de enfermedades diversas.

Si examinamos los cuadros que corresponden a los enfermos fallecidos con lesiones tuberculosas, descubrimos que es en el rubro de esquizofrenia y en menor parte, en la psicosis periódica donde se encuentra la mayor proporción de tuberculosis, ya sea como causa de muerte o como hallazgo o como comprobación clínica en la evolución de la enfermedad.

De esta manera la sintomatología de los cuadros mentales que corresponden a la etiología tuberculosa no aparece singularizada y si en un principio podría sospecharse al presentarse la tríada sintomática que corresponde a los síntomas de acuidad y confusión, agitación y ansiedad, posteriormente la sintomatología parece deformada en cuadros que se consideran generalmente esquizofrénicos.

CAPITULO IV

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PROPORCION

DE TUBERCULOSIS EN EL MANICOMIO NA -

CIONAL Y EN EL AMBIENTE SOCIAL Y CO-

RRINTE

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PROPORCION DE TUBERCULOSIS EN EL
MANICOMIO NACIONAL Y EN EL AMBIENTE SOCIAL CORRIENTE.

a) Censo de tuberculosis en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal.

La investigación de la epidemiología de la tuberculosis en la Comuna de Quinta Normal, comprende los siguientes casos:

1°.- Prevalencia de la infección; 2° Incidencia de la infección; 3° Prevalencia de la enfermedad; 4° Incidencia de la enfermedad, y 5° Mortalidad. Todo en función de diferentes variables: sexo, edad, residencia urbana o rural, condiciones económico-sociales etc. Un resumen de ello se presenta a continuación:

La Comuna de Quinta Normal está situada en el área urbana de Santiago y tiene una población calculada de 118 mil habitantes. Es un barrio obrero particularmente pobre, con condiciones sanitarias muy mediocres un tercio no dispone de agua potable y dos tercios carecen de alcantarillado.

En 1948 la mortalidad general fué de 22,4 por mil. La infantil de 169,5 por mil y la tuberculosis 330,4 por cien mil.

Por ser una población que vive en condiciones tan desfavorables, los resultados de las investigaciones allí realizadas, sólo pueden generalizarse a comunidades de las mismas características.

1°.- Prevalencia de la infección.- Se tomó un sector de la comuna que comprende más o menos 6 mil personas, las familias fueron visitadas

casa por casa e invitados a la Clínica para exámen radiográfico y test tuberculínico completo, Mantoux hasta el 1 por 100.

La prevalencia de la infección se muestra en el cuadro N°1. Desde los primeros años de la vida los habitantes de la comuna están sometidos a un severo impacto de la infección. En el grupo de 0 a 4 años ya existe el 45% tuberculino positivo, cifra que se eleva rápidamente a 88% de 10 a 14 años y prácticamente el 100 x 100 a los 20 años, guarismos indicativos de la precocidad del contagio.

Cuadro N° 1. Prevalencia de la infección por tuberculosis en el Sector experimental. Comuna Quinta Normal. 1945-1949 por grupos de edades.

Grupo de Edad	Número de Examinados	Mantoux 1 x 100	%
Total	3.306	2.617	79,2
0 - 1	112	13	11,6
1 - 4	452	157	34,7
5 - 9	505	304	60,2
10 - 14	445	392	88,1
15 - 19	361	341	94,5
20 - 24	284	277	97,5
25 - 34	465	459	98,7
35 - 44	343	340	99,1
45 - 54	201	199	99,0

55 - 64	85	83	97,6
65 y más	53	52	98,1

a) Prevalencia de la enfermedad. Para conocer exactamente los tuberculosos de una comunidad, necesitaríamos examinarla en su totalidad en períodos muy cortos de tiempo.

El procedimiento es impracticable y hay que recurrir a otros: Tomar un grupo representativo, examinarlo en períodos más largos de tiempo y generalizar los resultados para estimar el número de casos. En Quinta Normal con este procedimiento se encontró una prevalencia del 9,5% (incluye 1% de formas inactivas de reinfección).

Cuadro N° 2 Prevalencia de la tuberculosis en el Sector.

Experimental, Comuna Quinta Normal. 1945-1949 por grupos de edades.

Grupo de Edad	Población examinada	Casos de tuberculosis	Fase por ciento
Total	3.925	373	9,5
- 1	170	5	2,9
1 - 4	556	57	10,3
5 - 9	535	39	6,7
10 - 14	510	26	5,1
15 - 19	415	30	7,2
20 - 24	351	52	14,8

25 - 34	541	66	12,2
35 - 44	392	49	12,5
45 - 54	232	30	13,2
55 - 64	106	14	12,9
65 y más	67	5	7,3

La tasa es relativamente elevada en el grupo de 0 - 4 años 9% de positividad descende de 5 - 19 años al 6% y sube de nuevo en los grupos que siguen al 13%. Otra vez las cifras revelan la severidad del daño especialmente si se comparan con investigaciones nacionales realizadas en grupos con mejores condiciones de vida.

3°.- Incidencia de la enfermedad. Los estudios de incidencia son más difíciles de realizar: exigen la observación continuada, por años, de un mismo grupo de individuos, sanos al primer examen de la clínica, para determinar la proporción y momento en que enferman de tuberculosis.

Algunos de los datos recogidos sobre esta materia por el equipo de tuberculosis de U.S.Q.N. son los siguientes:

La incidencia total alcanza a 23 por mil, año - persona - observación. Para formarse una idea de lo que significa esta cifra, recordemos las cifras de Puffer en los EE.UU. 8 por mil en la raza blanca y 20 por mil en la raza negra, pero en contacto de tuberculosos bacilíferos. En cambio nuestras tasas corresponden a población general. La comparación destaca la gravedad de riesgo en el medio que estudiamos.

4°.- Mortalidad por tuberculosis.- Para la comuna de Quinta Normal se anotará la cifra hasta el año 1945, porque posteriormente se supone que su variación debe estar, al menos en parte, influida por el programa de control que allí se realiza. Desde 1940 - 1945, la curva muestra una tendencia ascendente de 320 a 438 muertos por 100 mil.

En síntesis los datos epidemiológicos acumulados en el servicio de tuberculosis de la Unidad Sanitario de Quinta Normal indica sin lugar a dudas que la comuna atraviesa por una fase de tuberculización masiva.

- 1.- Indices muy elevados y precoces de prevalencia de la infección.
- 2.- Tasas muy altas de prevalencia de la enfermedad.
- 3.- Tasas extraordinariamente severas de incidencia en la enfermedad, particularmente entre los menores de 15 años (tuberculosis primarias), y de éstos entre los anérgicos. Es evidente también que el riesgo guarda estrecha relación con la exposición intrafamiliar al contagio tuberculoso.
- 4.- Tasas de mortalidad por tuberculosis muy elevadas, el doble del país en general.

b) Causas probables de la diferente proporción en ambos censos. Manicomio Nacional y Quinta Normal.

Publicamos a continuación los cuadros comparativos de los promedios (porcentajes) de la morbilidad y mortalidad en la Comuna de Quinta Normal y en el Manicomio Nacional. Hemos escogido la Comuna de

Quinta Normal, por haberse realizado en dicha región de la capital un estudio acucioso sobre el problema de la tuberculosis a través de la labor organizada y metódica de la Unidad Sanitaria que en esa Comuna funciona. Evidentemente hay diferencias que tenemos que señalar y que dificultan el estudio comparativo entre Quinta Normal y Manicomio Nacional, pero de todos modos creemos que las diferencias son tan marcadas que nos van a permitir sacar algunas conclusiones favorables a la confirmación de nuestra tesis.

He aquí el cuadro:

Cuadro comparativo de la proporción de tuberculosis en el Manicomio Nacional y Quinta Normal.-

Morbilidad en Quinta Normal:

1945 - 1949

Examinados	Tuberculosis	%
3.925	375	9.5

Mortalidad en Quinta Normal:

1940 - 1945

408 ‰ habitantes	0.40
------------------	------

Morbilidad en el Manicomio Nacional:

1945 - 1950

Examinados	Tuberculosis	%
1.232	145	11.8

Mortalidad en el Manicomio Nacional:

1945 - 1949

Mortalidad general	Tuberculosis	%
1.320	271	20.5

Resumiendo los datos anteriores obtenemos el siguiente cuadro:

	Comuna de Quinta Normal		Manicomio Nacional	
	Año	%	Año	%
Morbilidad	1945 - 1949	9,5	1945 - 1949	11,8
Mortalidad	1940 - 1945	0,40	1945 - 1949	20,5

Como puede observarse las cifras de morbilidad entre los años 1945 - 1949, aparecen como con una diferencia pequeña, sin embargo, es siempre mayor en más de un 2% en el Manicomio Nacional. El 9,5% de Quinta Normal, corresponde al exámen detallado preciso con buenos elementos de laboratorio de 3.925 examinados entre los cuales se encontró la tuberculosis en 375 enfermos; en cambio el 11,8 del Manicomio corresponde a 1.222 enfermos en los cuales el exámen se redujo prácticamente a la radioscopia o presentaban evidencia tuberculosa en otras partes que no fueran los pulmones. Por excepción tenían exámen radiográfico y el exámen radioscópico se practicó con un armamento de Rayos X sumamente gastado y por radiólogos no experimentados en la pesquisa de la tuberculosis. Eso nos hace sospechar que la cifra sería mucho más elevada si el exámen hubiera sido más preciso y sobre todo existe la evidencia de ello en el estudio practicado por el Doctor Vicencio citado anteriormente, en el cual entre 553 casos encontró un 23, 14% de patológicos.

En consecuencia se puede considerar que la cifra de Quinta Normal de 9,5% es una cifra máxima que se deriva de un estudio exhaustivo. En cambio, nuestra cifra de 11,8% a pesar de ser superior a la anterior hubiera seguramente sido mayor si hubieramos contado con los elementos necesarios para haber abarcado todas las posibilidades de examen en los diagnósticos de una tuberculosis primitiva.

Por este mismo motivo es muy expresiva la mortalidad del 17,5% del estudio de las autopsias realizadas en el Manicomio Nacional en 1945 a 1949, ya que corresponde al acucioso examen anatómico patológico realizado en todos los cadáveres del Manicomio ya que prácticamente las autopsias se practican sin exclusión, en cambio, el 0,4% de mortalidad en la comuna de Quinta Normal corresponde a los diagnósticos de tuberculosis como causa de muerte comprobada sin el examen de las autopsias, solamente por el certificado del médico tratante, o el de ciudad, en el documento exigido por el Registro Civil.

De todas maneras es evidente que la proporción de la tuberculosis en el Manicomio Nacional, es enormemente superior a la del término medio de la población de nuestro país, donde es conocido el estado epidémico de la tuberculosis como de las mayores proporciones entre el conjunto de los países del orbe.

Las causas de esta mayor proporción epidemiológica de la tuberculosis en el medio manicomial han sido estudiados y analizadas en otras ocasiones en detalle y se refieren generalmente a la influencia

del carácter crónico de la psicopatías que comportan la naturaleza consuntiva desde el punto de vista físico por la indiferencia, el desinterés de la propia persona por la alimentación, por el cuidado personal y la introversión de que adolecen algunos enfermos mentales. Coinciden estas características con las que corresponden naturalmente a la Esquizofrenia o demencia precoz cuya proporción en el conjunto de la población manicomial es notoriamente marcado superando a cualquier otro rubro de la patología mental que corresponde igualmente en su número a la mayor proporción de tuberculosos y de muerte por tuberculosis que nosotros hemos encontrados en nuestra investigación.

Pero cabe esta pregunta: la mayor proporción de tuberculosis que corresponde a cierto tipo de enfermedad mental que se clasifica en el rubro de la esquizofrenia o demencia precoz, ¿ es solamente debido a los factores de orden físico, material como es el estado carencial, la falta de alimentación, la indiferencia de este tipo de enfermos por abrigarse, por protegerse de las inclemencias del tiempo, por guardar abrigo, etc. etc. o es que hay una influencia particular de la toxemia tuberculosa en el despertar o en la evolución del cuadro clínico que se identifica con la esquizofrenia, que no es sino una etiqueta que cubija una serie de cuadros mentales de etiologías diferentes?

Este planteamiento es el que nos conduce a investigar sobre los fundamentos que hemos sostenido a través de esta tesis la presunta etiología tuberculosa de algunos cuadros clínicos psiquiátricos y

que de acuerdo con las cifras que hemos encontrado parecen tener amplia justificación, ya que la mayor proporción de mortalidad y morbilidad tuberculosa es muy superior a la simple mayor proporción de la esquizofrenia en el conjunto de los diagnósticos de las distintas enfermedades mentales en el ambiente manicomial.

Si bien este aserto requeriría una nueva investigación comprobatoria en el orden del estudio acucioso de determinados enfermos nos parece que lo que hasta ahora hemos encontrado, es suficiente para sostener que de alguna manera la etiología tuberculosa adquiere ciertos aspectos psicóticos y que en muchas enfermedades mentales el tratamiento debiera verificarse sobre la base de los antibióticos y procedimientos que se usan en la moderna terapéutica de las afecciones debida al Bacilo de Koch.

CAPITULO V

SERVICIO SOCIAL APLICADO A LA PREVENCION

Y ASISTENCIA DE LAS FAMILIAS DE LOS ALIE-

NADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TU -

BERCULOSIS

SERVICIO SOCIAL APLICADO A LA PREVENCION Y ASISTENCIA DE LAS
FAMILIAS DE LOS ALIENADOS, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TU-
BERCULOSIS.-

a) El Hospital en su función preventiva.

El concepto de la función hospitalaria ha evolucionado profundamente en estos últimos tiempos. Actualmente el hospital se concibe como un centro o unidad, cuya principal función es servir desarrollando una labor curativa preventiva y educativa con el enfermo y el grupo familiar de la zona hospitalaria correspondiente. Así la labor curativa ha dejado de ser la fundamental. Se ha también reducido enormemente el tiempo de hospitalización, esto quiere decir que el hospital moderno trata de mantener al enfermo hospitalizado el mínimo de tiempo necesario según el tratamiento lo requiera, evitando así, sustraerlo del grupo familiar y social de que es integrante, para dar paso a una acción integral de educación y prevención.

En esta forma el hospital se evierte hacia el núcleo familiar por intermedio del Servicio Social, encuesta no sólo al enfermo que solicita sus servicios, sino a todo el grupo familiar, esta encuesta se realiza bajo una pauta determinada la cual es estudiada minuciosamente en el hospital. Si es necesario se consulta con el médico, para estudiarla en colaboración con él, si existe equipo de enfermeras sanitarias, se pone en comunicación con ellas para que se haga. en su defecto esta labor debe ser desarrollada por la Asistente Social. En un capítulo aparte, se tratará sobre la labor social que

debe desarrollar la Asistente en estos casos.

Se comprende así, que en un futuro ideal, el hospital sería muy reducido en lo que se refiere a las camas de hospitalización y extraordinariamente amplio en lo que corresponde al consultorio externo y a los servicios domiciliarios, en esta forma su funcionamiento se asemejaría más a una Unidad Sanitaria que a un asilo que recluye al hombre ya enfermo y a veces irrecuperable, por no haberse desarrollado labor preventiva.

b) Servicio Social aplicado a encauzar la influencia del hospital en beneficio de la familia.

Se comprende que para este tipo de labor hospitalaria el Servicio Social tiene un papel importantísimo que desempeñar y asimismo tiene que modificarse el procedimiento del Servicio Social en los establecimientos hospitalarios. Debe propenderse a estimular y encauzar la influencia del hospital hacia el medio social ampliando o superando la acción que ejerce hasta ahora únicamente dentro del hospital.

Porque en efecto, si bien es importante la encuesta y la solución de los problemas sociales del enfermo hospitalizado o consultante del policlínico, es mucho más importante la acción sobre el ambiente familiar, la comunidad, etc. que tiene relación con el individuo encuestado dentro del hospital. El enfermo es así la veta, el brote inicial que encauza o dirige la acción de la Asistente Social en un sentido donde su labor será más efectiva y beneficiosa.

Los problemas son así previstos o descubiertos en forma indirecta sin que el grupo familiar los hubiere solicitado. Las perturbaciones en el hogar desde todo punto de vista: económico psicológico y social, pueden conocerse con la hospitalización de uno de los miembros de la familia, y en especial cuando esta hospitalización se produce en un establecimiento psiquiátrico, son pesquisadas oportunamente y su solución es más sencilla y más útil. Pues la Asistente Social irrumpe en el medio familiar como una auxiliar que contribuye a encauzar y encon-

trar la solución adecuada a problemas que producen preocupación y angustia o también impedir con su acción que se presenten nuevos problemas en el medio familiar.

La Asistente Social debe contribuir además, a hacer comprender al grupo familiar que la hospitalización de un miembro de él no significa el abandono de éste, por lo tanto deben mantener un contacto constante y demostrar preocupación por el curso que sigue la enfermedad, dando la sensación al enfermo, de que se encuentra aún en su ambiente familiar, etc. completando en esta forma, la acción del hospital.

c) Labor desarrollada en la Investigación de la tuberculosis en el Medio familiar.

Se encuestaron 203 casos de familiares de los alienados cuyos domicilios estaban en Santiago de un total de 630.

Estos 203 casos encuestados los hemos dividido en grupos:

- 1.- Cuarenta y dos casos de tuberculosis sin problemas sociales.
- 2.- Diez y siete casos con tuberculosis y con problema social
- 3.- Treinta casos sin tuberculosis pero con problema social
- 4.- Y ciento catorce sin tuberculosis y sin problema social

En el primer grupo de la Asistente Social se limitó solamente a atender la parte relacionada con la enfermedad tuberculosa, labor que será explicada más adelante.

En el grupo segundo y tercero, por tratarse de casos de tuberculosis y con problemas sociales se hizo una interesante labor, encontrándose toda clase de problemas.

En su mayoría predominó el problema económico con sus derivados, la habitación, siguiendo en número el problema médico y moral. En su minoría el jurídico y educacional.

d) Labor desarrollada en la prevención de la tuberculosis en los familiares de los alienados.

Por la índole de este trabajo nos interesa exponer la labor que debe desarrollarse en prevención de la tuberculosis en los familiares de los alienados.

Ante todo se hace una visita al enfermo, se pone de acuerdo con él para inscribirlo en Servicios Asistenciales especializados donde será sometido a los exámenes de rigor para llegar a un diagnóstico exacto. Si la gravedad de la enfermedad lo requiere se hospitalizará, ésto es si hay camas disponibles, de lo contrario tendrá que seguir un tratamiento ambulatorio permaneciendo en su hogar y asistiendo a un policlínico a control o a tratamiento periódicamente. Si se tratara de una tuberculosis abierta, y la hospitalización no fuera posible se crearía un problema grave a los familiares debido al contagio que sería permanente y masivo. La Asistente Social debe extremar las medidas profilácticas, aislamiento del enfermo dentro del hogar, control médico de todos los familiares, especialmente si existen menores; a los cuales se tratará en lo posible de mantener lo más alejado de la fuente contagiosa, pues es sabido que la tuberculosis reviste mayor gravedad mientras menor es el niño. En estos casos debe acudir a aquellos servicios donde puedan permanecer éstos temporalmente. Sabemos que la colocación familiar, los Centros de Defensa y las Colonias Escolares, pueden en estas circunstancias desempeñar esta función.



Además la Asistente Social debe preocuparse de la situación en que queda la familia, siempre que sea el jefe del hogar el enfermo o bien el familiar que constituye con su salario a mantener el hogar. En este caso se procuraría que la persona más capacitada para poder trabajar dentro del grupo lo haga. Si éste no fuera posible se buscarían medios para aminorar la gravedad del problema enviándole a los Servicios Asistenciales apropiados.

Quando se presentan problemas de relaciones humanas de tipo conductuales, la Asistente Social, debe abordarlos con tino y delicadeza para conquistarse a las personas afectadas, convenciéndolas de la necesidad de resolverlo en la forma más conveniente y haciéndoles ver los beneficios, que la solución favorable de estos problemas, traerá el bienestar de la familia.

El problema de habitación es uno de los más graves que existen en nuestro país y su solución no está al alcance de los afectados sino de los legisladores, que felizmente han tratado en estos últimos tiempos de resolverlo en la forma más rápida posible. Desgraciadamente el déficit de la habitación es enorme y está ligado íntimamente a la situación económica social del país.

Será atención preferente de la Asistente Social que los niños reciban instrucción necesaria y que por ningún motivo dejen de asistir a cumplir con sus deberes escolares. Se procurará que reciban los beneficios que otorga la Junta de Auxilio Escolar. En esta forma se hará menos penosa la invalidez del enfermo.

También debe preocuparse del cumplimiento de la Ley de Seguro Obrero tanto desde el punto de vista del patrón como del asegurado, por los derechos que la Ley le confiere, ya sea la atención médica como el subsidio por enfermedad.

CAPITULO VI

LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS

HOSPITALES Y SANATORIOS PARA ENFERMOS TUBER-

LOCOS

LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS HOSPITALES Y
SANATORIOS PARA ENFERMOS TUBERCULOSOS.

Pretendimos investigar las proporciones en que incidentalmente se presentaban los estados psicopáticos en los hospitales y sanatorios especializados en tuberculosis. En este sentido investigamos el problema en los hospitales San José y Trudeau en los Sanatorios El Peral, San José de Maipo y en la Sección Broncopulmonar de los Hospitales San Vicente, San Borja y Salvador y también en los Hospitales de Niños. No debemos referirnos a las dificultades que en algunos servicios encontramos, sin embargo, es conveniente que comentemos la falta de cooperación que una asistente social aunque sea en su calidad de alumna encuentra en las instituciones que por su propia finalidad y objetivo debieran prestar todo el apoyo a una labor de esta clase. En los hospitales o sanatorios donde pudimos revisar las estadísticas comprobamos que la incidencia de enfermedad mental en la evolución de la tuberculosis es escasísima o nula, lo que puede explicarse de la siguiente manera:

En la evolución de una tuberculosis visceral o quirúrgica corriente los cuadros psicóticos no aparecen por lo mismo que hemos explicado anteriormente, que estas manifestaciones psicopáticas sobreviene en la convalecencia o como manifestación de una toxemia tuberculosa latente o como una sensibilización de tipo alérgico o como una forma de tuberculosis atípica. De esta manera podría afirmarse

que el hecho de tener una tuberculosis visceral o quirúrgica en evolución, sería garantía casi absoluta de la impermeabilidad de presentar una afección mental.

Agreguemos que de producirse una incidencia psicótica se - ría rápidamente eliminada hacia un establecimiento de la especialidad y como generalmente estas incidencias se producen en el comienzo de la evolución de la tuberculosis, el enfermo no sería admitido en el Sanatorio o en el departamento respectivo de tuberculosis.

Se explica así que no hayamos podido completar con este aspecto, que sería interesante desde el punto de vista de nuestra tesis la investigación con los datos estadísticos de las instituciones especialistas en tisiología, ajenas a un hospital dedicado fundamentalmente a la psiquiatría.

Sin embargo, sería interesante que en el aspecto que estamos analizando se tuviera presente esta relación etiológica tuberculosis-enfermedad mental, para pesquisar la sintomatología psiquiátrica concomitante con el desarrollo, la evolución, las remisiones o los cambios que experimentan las afecciones bacilares.

CAPITULO VII

HIGIENE MENTAL EN RELACION

A LA TUBERCULOSIS

HIGIENE MENTAL EN RELACION A LA TUBERCULOSIS

a) Prevención de las enfermedades mentales en los tuberculosos.

De todo lo expuesto se puede derivar, que si bien la tuberculosis es mucho más frecuente en los enfermos mentales que en el medio social común, evidentemente este hecho a la inversa debe permitirnos suponer desde luego que tanto el terreno del tuberculoso la personalidad, el ambiente ya sea sanatorial o familiar constituyen circunstancias favorables para el desarrollo de una afección mental.

En el primer aspecto hay estadísticas realizadas en los EE. UU. por Neymann que permiten afirmar que la frecuencia de la tuberculosis de los alienados es diez veces mayor que en el resto de la población.

Por otra parte nuestra investigación nos permite sospechar que la tuberculosis no es simplemente causada por el ambiente manicomial, la pobreza de los medios para alimentar y abrigar a los enfermos, las características de ciertas enfermedades como la esquizofrenia que por la indiferencia, faciliten el desarrollo en la atención personal, en el interés por alimentarse etc. no son suficientes para explicar la proporción exagerada de tuberculosis y enfermedad mental.

De esta manera se impone considerar en el tuberculoso el aspecto de las posibilidades de que enferme mentalmente y la prevención del desarrollo de una afección mental debe considerarse desde el pun-

to de vista de la higiene mediante el estudio de todas las condiciones favorables a conservar la salud mental.

Hemos expresado en la introducción de este trabajo como es importante para facilitar el desarrollo de perturbaciones mentales, ya sea neuróticas o psicóticas, el reposo obligado del tuberculoso, el aislamiento sanatorial, las afecciones de su familia o de su trabajo, los problemas económicos que engendran su misma situación de tuberculoso incapacitado por su enfermedad para subvenir a su mantenimiento y al de sus familiares, etc.

Estos son algunos aspectos que debemos considerar en la limitación a que nos obliga, la exposición de los distintos problemas que hemos abordado; pero basta esta sucinta enumeración para marcar un plan de higiene mental que debe ejercerse conjuntamente con la atención de la tuberculosis propiamente dicha y cuya acción debe sistematizarse, en los policlínicos, sanatorios, hospitales y lugares de aislamiento para tuberculosos.

El Servicio Social debe tener presente y abordar estos problemas y no limitarse simplemente a la asistencia del tuberculoso en los problemas comunes que presenta todo enfermo, sino también debe contribuir a la prevención de la neurosis o psicosis que puede contraer en directa o indirecta relación con su infección bacilar.

b) Higiene mental y trabajo de los tuberculosos. La influencia del trabajo en la salud mental del hombre es un hecho suficientemente co-

nocido para que tengamos que explayarnos en consideraciones al respecto.

Se puede decir que el trabajo y la persona, o más bien dicho, la salud mental constituyen una simbiosis indestructible sin perjuicio para este último. El hombre se desarrolla y organiza su fisiología y su conducta en función del trabajo tanto físico como intelectual, de tal modo que este aspecto es fundamental cuando uno concibe los problemas de higiene mental.

Por otra parte, el tuberculoso es un paciente que por razones de su enfermedad debe someterse a un reposo, más o menos, completo para obtener la recuperación y en consecuencia aparece así un campo favorable para el desarrollo de neurosis o psicosis sobre-agregado a la enfermedad visceral o de otra región del cuerpo.

Debe considerarse entonces con especial interés y cuidado la adaptación del tuberculoso al trabajo, previniendo el período de la enfermedad bacilar que requiere una cura de reposo. Esta readaptación debe considerarse en el doble aspecto, del rendimiento económico para el trabajador, como desde el punto de vista, de que la labor que desarrolle no sea perniciosa para reactivar una tuberculosis curada o en convalecencia. De esta manera debe a nuestro juicio iniciarse en el Sanatorio u Hospital Fisiológico una lenta y progresiva readaptación mediante labores manuales o intelectuales simples, de gradual importancia y de persistente aumento de horas de trabajo, estableciendo una progresión compatible, con el estado del enfermo y con la capacidad física de cada individuo.

c) Labor - terapia de los enfermos mentales tuberculosos.

De mayor importancia es el estudio del trabajo apropiado para la labor-terapia del enfermo tuberculoso. Desde luego hay que considerar el doble aspecto del estado evolutivo de la lesión tuberculosa por un lado y el cuadro mental concomitante para establecer qué labor es apropiada para este tipo de enfermos.

Indiscutiblemente es en los casos crónicos de afección mental irreversible o de marcha lenta es donde la cuestión tiene más interés ya que el trabajo ordenado persistente, metódico, regular es un buen tratamiento para este tipo de enfermedades mentales y al mismo tiempo facilita el apaciguamiento de los estados de excitación y permite sobrellevar la cura prolongada o la evolución lenta de una tuberculosis de distinta localización.

Fuera de escoger el trabajo apropiado que tiene que reunir las condiciones de no ser fatigoso, ni prolongado; debe de estar alternado por períodos de reposo y recreo. Necesita desarrollarse en talleres apropiados en que puedan aislarse, en parte, por la contagiosidad de esta afección; ya que en un hospital como el Manicomio debe tomarse en cuenta la promiscuidad y el contagio de la infección de enfermo a enfermo.

Naturalmente que los trabajos más indicados son en algunos casos y en otros cuando esta ha influido hacer un cambio radical aprovechando la profesión del sujeto antes de enfermar y condicionar este mismo trabajo profesional aminorando los excesos de trabajo y disminuyendo el número de horas de acuerdo con las condiciones psíquicas y fi-

sicas del individuo. Deben considerarse también en este tipo de labor-
terapia las condiciones artísticas, dibujo, pintura, tallado en madera
o en cuero, el canto, el baile, etc., que constituyen entretenimientos
que contribuyen también a mejorar la conducta de los alienados.

d) Control de los familiares de los enfermos mentales desde el punto de vista de la tuberculosis.

El enfermo mental dentro del hospital es un elemento que pone al Servicio Social en contacto con el medio familiar y favorece la posibilidad de encuestar y de investigar la existencia de tuberculosis y el peligro de contraer esta afección. Es obvio que el descubrimiento de tuberculosis en evolución o residual en un enfermo que ingresa al manicomio debe determinar inmediatamente el control de sus familiares con el fin de resolver el problema de tratamiento de los enfermos, y de prevención de los no contagiados. En este sentido nuestra labor permitió descubrir casos de tuberculosis en varios familiares, y se les dirigió a los centros correspondientes para ser sometidos a medidas terapéuticas y se les instruyó sobre medidas de higiene indispensables para contribuir al mejor tratamiento e impedir nuevos contagios.

Se cumplió así uno de los modernos objetivos de la función hospitalaria que es expandirse en forma centrífuga variando sus funciones en el aspecto asistencial y preventivo hacia el medio social, hacia el grupo de población en cuyo centro debe ejercer sus labores fundamentales.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Con el objeto de iniciar una investigación sobre las relaciones entre tuberculosis y enfermedad mental, emprendimos un plan para verificar qué trascendencia tenía el problema de la tuberculosis en el medio manicomial aprovechando la centralización casi exclusiva de los enfermos mentales en un hospital central con una población vecina a los 2.500 individuos.

En el curso de esta investigación planificamos el estudio de diversos aspectos con el objeto de aprovechar la técnica del Servicio Social en la encuesta y en la solución de problemas que se presentaban tanto dentro como fuera del hospital. Es así como agregamos a nuestra investigación primitiva los aspectos de higiene mental en relación con la tuberculosis, analizando la prevención de las enfermedades mentales en los tuberculosos, el trabajo y la labor-terapia y el control de los familiares.

Para apreciar la magnitud del problema de la tuberculosis dentro del medio manicomial hicimos un estudio comparativo de las estadísticas obtenidas en la investigación fisiológica de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal y las proporciones encontradas en el censo practicado por nosotros

De estas experiencias se puede, a nuestro juicio, deducir en términos generales que el problema de la tuberculosis es de considerable trascendencia dentro del medio manicomial y desborda en

forma manifiesta los límites que podrían suponerse justificados por las malas condiciones materiales, el hacinamiento, la falta de abrigo y la insuficiente alimentación en que conviven los enfermos. En consecuencia una investigación sobre las relaciones directas de tipo etiológico entre algunas formas de tuberculosis y ciertas modalidades de enfermedad mental aparece ampliamente sustentada en la tesis que hemos desarrollado.

Siguiendo el plan que nos trazamos, nuestras conclusiones podrían enumerarse de esta manera:

- 1°.- La encuesta se refiere a 2.230 casos, que se investigaron en un mínimum de tiempo de modo que puede considerarse como población invariable en el lapso que duró nuestro estudio.
- 2°.- El estudio radioscópico pulmonar de los sospechosos en estos 2.230 casos se realizó en distintas épocas, en 1.222 enfermos o sea el 59.28 %.
- 3°.- De estos 1.222 casos de radioscopia pulmonar fué positiva 8,8% y demostrativo de lesiones residuales en el 3,02%. En total el 11,8% de las radioscopías demostró la existencia de tuberculosis pulmonar activa o residual.
- 4°.- La asistencia de los enfermos de las enfermerías de Medicina y Cirugía del establecimiento reveló un porcentaje de tuberculosis en el policlínico de estas enfermerías de un 10,6% más o menos. De la misma manera los enfermos atendidos y hospitaliza-

dos en estas enfermerías revelaron casi igual de más del 10% si se reúnen las estadísticas de hombres y mujeres. Sin embargo, mientras en las enfermerías de hombres se atendió un 19,8% de enfermos tuberculosos, en las de mujeres este porcentaje fué de sólo 11.5%.

5°.- La mortalidad por tuberculosis en los alienados alcanzó en el censo de los últimos 5 años sobre un total de 1.320 fallecidos a 271 o sea el 20,5% entre los cuales la tuberculosis fué un hallazgo en las autopsias en el 8,2%, esto significa una considerable proporción si se compara con la mortalidad corriente de la tuberculosis que alcanza a 0,4% en el medio habitual en nuestra ciudad si consideramos la investigación hecha en la Comuna de Quinta Normal.

6°.- La mayor proporción de tuberculosos se encontró en los enfermos afectos a esquizofrenia y enseguida en las psicosis maniaco depresivas.

7°.- A estos mismos diagnósticos corresponden en su mayor proporción los fallecidos por tuberculosis.

8°.- El Servicio Social constituye por su doctrina y por su técnica un elemento de gran valor para complementar la función asistencial hospitalaria. Contribuye a que el hospital desarrolle una función preventiva, aumentando así el radio de acción hacia la comunidad, en cuyo beneficio debe emplear todos los medios con que cuenta, personal técnico y profesional e institutos científicos, laboratorios y todo el arsenal en favor de la salud.

- 9°.- La labor preventiva en lo que se refiere a la relación de tuberculosis y enfermedad mental se ha analizado en su doble aspecto, es decir, la prevención de la tuberculosis en los enfermos mentales y en sus familiares y la prevención del desarrollo de la psicopatía en los enfermos de tuberculosis.
- 10°.- De la misma manera el aspecto de la higiene mental relacionado con el trabajo tiene también una doble faz, en lo que se refiere a la labor-terapia de los enfermos mentales que presentan tuberculosis y al trabajo apropiado para los tuberculosos en general.
- 11°.- La encuesta de los enfermos en el medio manicomial permite ponerse en relación con sus familiares y hacer en ellos el control correspondiente para prevenir el estallido de una enfermedad mental o en los casos limitados a la tuberculosis revisar minuciosamente a los familiares para prevenir o curar un proceso tuberculoso hasta entonces ignorado u oculto.

SUGERENCIAS

El estudio que hemos practicado revelador de la trascendencia que tiene la tuberculosis en el medio manicomial, nos permite sugerir la conveniencia de adoptar medidas profilácticas de orden general, útiles para evitar la difusión de la infección por el contagio de enfermo a enfermo y la protección del personal que debe atenderlos y que en consecuencia convive día a día con ellos.

En este sentido debe aconsejarse la pesquisa sistemática de los casos, el exámen general desde el punto de vista fisiológico de toda la población en forma rutinaria y periódica incluyendo al personal, el aislamiento de los contagiosos en un servicio apropiado, especie de sanatorio para tuberculosos, incluido dentro del hospital o bien el aislamiento en departamentos apropiados dentro de los distintos servicios de los alienados tuberculosos.

Creemos finalmente que la magnitud del problema de la tuberculosis entre los alienados justifica plenamente la creación de un hospital psiquiátrico para alienados tuberculosos.

I N D I C E

	Pag.
Introducción.....	2
I El Aspecto Psiquiátrico de algunas formas atípicas de tuberculosis.....	6
II Censo de la tuberculosis en el Manicomio Nacional.....	18
III Enfermedades Mentales y Tuberculosis.....	34
IV Estudio comparativo de la proporción de tuberculosis en el Manicomio Nacional y en el ambiente social corriente.....	38
V Servicio Social aplicado a la prevención y asistencia de las familias de los alienados desde el punto de vista de la tuberculosis.....	49
VI La Incidencia de la Enfermedad Mental en los hospitales y sanatorios para enfermos tuberculosos.....	55
VII Higiene Mental en relación a la tuberculosis	61
Conclusiones	67
Sugerencias.....	72
Bibliografía.....	74

B I B L I O G R A F I A

Henri Baruk.- Professeur agrégé a la Faculté de Médecine de
Paris Médeun-Chef de la Maison Nationale de
Charenton.

Précis de Psychiatrie

Clínique Psychophysiologie - Therapeutique

Collection de Precis Médicaux

M. Hyvert et H. Fagard.- Essai d'interpetation des modifica-
tion desmanifestations allergiques par l'elec-
trochoc chez certains dements précoces.

Annales Médico psychologiques.-

Revue psychatrique.- Bulletin Officiel de la
Societé Medico-psuchologique

109° Année T₂ N° 1.- Juin 1951.-

M. Hyvert.- Quelques précisions sur le granule-diagnostic
de la tuberculose au cours des psychoses et
des psycho-névroses.- 108° Année T 11. N° 2
Juillet N° 1950.

Henri Baruk.- Biderman y Albane.- Catatonia experimental tu-
berculosa. Pág. 202.-

Acción desecadenante en los animales alérgicos
del líquido cefaloraquídeo de ciertos dementes

- precoces. Pág. 202-211. Acción decadente de la tuberculina. Pág. 212
- Catatonía y Tuberculosis Pág. 302
- Besancon - Neuchatel - Relación de la Psiquiatría de los trastornos mentales en el curso de la tuberculosis pulmonar crónica.
- 48 Congreso de alienistas y neurólogos de Francia y de los países de la lengua francesa.
- Xavier Abely Sur quelques cas de psychopathies tuberculeuses. Congres des Medec. Alién et Neurol., París 1925 pl. 75
- Aubin La neurasthénie bacillaire. Ann. Méd. Psych., juillet 1945, p.152.- La neurasthénie symptomatique de la tuberculose atypique. Burnand-Jacquelin. La semaine des Hôpitaux, 28 avril 1947.
- N. Benda Le granul-diagnostic de la tuberculose. Dom.1945.
- H. Baruk et I. Bertrand.- Meningite tuberculoeuse précédée d'un état cataleptique et réalisée par l'injection sous-cutanée a un cobaye allergique de liquide cephalo-tachidien d'ement précoce. Société de biologie, 28 Janvier 1933, t. 112, p. 369.
- H. Baruk, J. Lauzier, M. Bidermann et F. Blumendelf.- La Tuberculose pulmonaire des déments précoces. Etude clinique et radiologique portant sur 204 cas de démence précoce. Ann. Méd Psych.

- H. Baruk Bidermann et Albane - Tuberculose et demence precoce. Les reactions allergiques chez les dements precoces; sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux. Ann. Méd. Psych. novembre 1932.
- Beerens.- Tuberculose et demence precoce. Recherche du virus tuberculeux dans le liquide cephalo-rachidien et dans le sang de dements precoces atteints de tuberculose. Ann. Méd. Psych., Doin 1945
- Henri Baruk Précis de Psychiatrie Clinique Psychophysiologie - Thérapeutique.
- R. Benda et Urquis.-La pratique du granulodiagnostic de la tuberculose Le progrès Medical, N° 8, 24 avril 1947.
- La Bonnardiere.- Contribution a l'etude. These de Lyon 1898.
- Brenugat.- Contribution a l'etude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies. These de Paris, 1939.
- Burn et Finley. La meningite experimentale chez les animaux tuberculeux. Journ. Of. experimental Medicine, août 1932.
- Burnand, Jaeger Ansler, Verrey, Martin, Nicod et Houduroy.- Le probleme de tuberculoses atypiques, Masson 1946
- Manuel M. Cabezas.-Tuberculose et demence precoce. Buletin del Asilo de Alienados en Oliva, t. 2, N° 6, décembre 1934, p. 265.
- H. Claude, F. Coste, J. Valtis et F. Van Deinse.- Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la demence pre-

- coces. L'Encéphale, septembre-octobre 1933, N° 8, p.561
- Galtier Tuberculose et Systeme nerveux. Le Progres Médical, 26
mars 1932.
- Maurice Hyvert.- Tuberculose et démence précoce. Pcardie médicale, mars
1933.
- A. Jacquelin.- Les tuberculoses atypiques. La Semaine des Hopitaux de
Paris 22 mars 1948
- Jean Mathey.- Contribution a l'étude des balancements psycho-somaterre.
1944.
- Dr. Raúl Vicencio.- Encuesta epidemiológica y balance necrófisco efec -
tuado en el Manicomio de Santiago durante el año 1943-44.
Investigando tuberculosis.
- Irene Manríquez Fuentes.- La tuberculosis como problema social y su re-
percusión en el grupo familiar. Memoria de Prueba.

---0---

UN V HILE
SEDE S NIT OCU CIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL