



EL RESCATE Y LA MEMORIA

Ciencia y política en 1956: Primer Congreso Argentino de Psiquiatría

Juan Carlos Stagnaro

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1069>



Desde el 4 al 6 de julio de 1956, tuvo lugar en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires el Primer Congreso Argentino de Psiquiatría¹ convocado por su Comité Permanente que integraron Gregorio Bermann, José María Castro Peña, Teodoro Fracassi, Enrique Pichon-Rivière y Jorge Thenon.

El evento coronó las tres Jornadas Argentinas de Psiquiatría que habían tenido lugar en Córdoba (1952), Tucumán (1953) y Rosario (1954), organizadas por Bermann, que marcaron un hito porque introdujeron una perspectiva fuertemente alineada con el ideario de la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, que él había fundado en 1951. Dicha publicación enfatizaba en la influencia directa de las condiciones socioeconómicas, la explotación laboral y el entorno político en los trastornos mentales y proponía una reforma de la asistencia psiquiátrica, alejándola del modelo del viejo asilo psiquiátrico para acercarse a uno más centrado en la atención comunitaria y de "higiene mental", ésta última antecedente de la noción de salud mental que comenzaba a difundirse a partir de la preceptiva emanada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la postguerra.

Las deliberaciones del Primer Congreso fueron organizadas en torno a cuatro temas centrales. El 1ero.: *"Enseñanza de la psiquiatría y formación del psiquiatra"*; el 2do.: *"Algunos aspectos de las psicoterapias de grupo"*; el 3ro.: *"Demografía psiquiátrica e instituciones asistenciales"*; el 4to.: *"Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos vasculares del cerebro"* y el 5to.: *"Diagnóstico precoz de las enfermedades mentales"*, cuyo informe se reproduce a continuación.

Cada uno de dichos temas fue discutido, sucesivamente, en sendas sesiones. Para cada uno se designaron dos coordinadores, asistidos por un secretario y un secretario técnico y varios miembros elegidos por los organizadores para conformar una mesa redonda. Los asistentes intervinieron con preguntas por escrito.

1. En setiembre de 1985, en el marco del retorno a la democracia después del periodo dictatorial 1976-1983, tuvo lugar en Buenos Aires, organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), una nueva numeración de esos eventos al denominar también a su primera convocatoria: Primer Congreso Argentino de Psiquiatría.

Los coordinadores presentaron sus relatos que fueron discutidos por los integrantes de la mesa redonda y, a continuación, se pasó a una asamblea en la que se presentaron las aportaciones de los asistentes que dieron lugar a un intercambio general. Luego de un cuarto intermedio para redactar el informe consensuando las opiniones vertidas en la mesa redonda, se pasó a una sesión plenaria en la que, luego de un nuevo intercambio con el público, se sintetizó un informe final sobre el tema abordado.

Los asistentes representaban dos generaciones de los que serían los referentes de las siguientes camadas de psiquiatras formadas en los años 60 y 70.²

Como era habitual en la época, la mayoría muy politizados, provenientes (con la excepción de pensadores independientes y hasta algunos simpatizantes del peronismo), de todos los partidos y corrientes que se habían reunido diez años antes en la coalición que llevó el nombre de Unión Democrática, derrotada por el peronismo en las elecciones de 1946.

Volvían a estar juntos miembros del Partido Comunista, del Partido Radical, socialistas y conservadores, que respondían más que a una corriente de pensamiento psiquiátrico (los había, psicoanalistas, reflexólogos, existencialistas, terapeutas grupales..., muchos enfrentados en la controversia en boga, en el marco de la Guerra Fría, entre psicoanalistas y militantes comunistas que defendían la reflexología pavloviana y las tesis de Lysenko) a una posición virulentamente antiperonista. Cesanteados por el gobierno anterior o renunciando por sentirse vulnerados en sus ideas, muchos de ellos recuperaban puestos de gestión en el gobierno o en las universidades y hospitales.

Simultáneamente, el Congreso se enmarcó en un contexto sanitario, social y político argentino muy revulsivo, marcado por profundas contradicciones que venían provocando hechos de inédita violencia.

En junio del año anterior había tenido lugar el bombardeo de la aviación naval sobre la Plaza de Mayo de Buenos Aires que dejó un saldo de más de 300 muertos y más de 1200 heridos; en setiembre del mismo año se produjo el golpe de Estado que derrocó al gobierno constitucional de Juan Domingo Perón. Poco menos de un mes antes del Congreso, estalló un intento de levantamiento militar que fue sofocado y el gobierno *de facto* ordenó el fusilamiento de sus promotores encabezados por el general Juan José Valle; simultáneamente, en otro hecho represivo, fueron asesinados por fuerzas policiales, en un basural de la localidad de José León Suárez, varios militantes peronistas.

A ese dramático clima político se superpuso desde el mes de enero de 1956 la epidemia de parálisis infantil que aterrorizó a la población y desbordó los servicios pediátricos de la capital que registraron 6.500 casos con una mortalidad del 9 %.

En la quinta sesión del Congreso, “Diagnóstico precoz de las enfermedades mentales”, cuyo informe se reproduce a continuación, se destacan varios conceptos y propuestas sanitarias.

En primer término, el acento puesto en la importancia del diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, que, si bien aconsejaban desde siempre los autores más renombrados en Europa y los Estados Unidos, y era enfatizado desde la época de la fundación de la especialidad en Argentina por Lucio Meléndez, lo novedoso era la propuesta de su detección y tratamiento en una red de dispositivos ambulatorios ubicados en dispensarios, hospitales generales y especializados, escuelas y fábricas. Para ello se recomienda en el informe “...saber a fondo la psiquiatría y organizar la asistencia del modo reseñado, aumentando el número de psiquiatras para los dispensarios de todo el país”, multiplicando por diez el número de especialistas en el país.

Al tiempo se propuso una enérgica y bien fundada campaña de información pública sobre los trastornos mentales que se opusiera a una “propaganda inhábil y nociva”, más generadora de confusión y estigma que a una adecuada contribución a la prevención de los mismos.

2. Entre los numerosos asistentes, autores de ponencias y participantes de las mesa redondas, además de los mencionados en el extracto del quinto tema (vide supra), cabe mencionar, sin agotar la lista completa, a los argentinos Jorge Mom, José Bleger, Marie Langer, Jorge García Badaracco, Raúl Usandivaras, Darío Sor, Fernando Ulloa, Emilio Rodríguez, Ezequiel Martínez Estrada, Gino Germani, David Liberman, León Grinberg, Fernando Taragano, Lía Ricón, Jorge Insúa, Juan José Morgan, Arístides Barrancos, Juan Dalma, Mauricio Costal, Enrique Kuznir, Marcos Turner, Enrique Berard, Antonio Calabrese, David Sevliver, Teodoro Fracassi, Carlos Brandan Caraffa, Moisés Pollak, Alfredo Thompson, Mario Sbarbi, Abraham Mosovich, Vicente Salustio, Luisa G. Álvarez de Toledo, Eduardo Krapf, Osvaldo Loudet, Ramón Melgar, Enrique Mouchet, Marcos Victoria, José Bugallo, Ana Lerner, Fernanda Monasterio, y a invitados extranjeros, José María Alvarado (Bolivia), Emilio Mira y López (España), Abel Sánchez Peláez, José Herrera Luque y Jesús Mata de Gregorio (Venezuela), Willy Baranger, Julio C. Estrella, Bartolomé Fuster, Ramón Arana Iñiguez, Isidro Más de Ayala y Fortunato Ramírez (Uruguay), Eugenio Matte Blanco (Chile).

Otorgando a esas indicaciones la categoría de una opinión experta de trascendencia en el diseño de políticas sanitarias, los participantes declararon que el “Congreso Nacional de Psiquiatría debe reclamar el cumplimiento de esta exigencia de la salud pública, dirigiéndose por igual a la conciencia del pueblo de la República y a los poderes del Estado”.

En la última parte del relato de Pereyra y Thenon, “Aspectos clínicos”, se “enumeran los principales tópicos –en forma de guía sumaria– propuestos a la consideración de la mesa redonda, con respecto al diagnóstico precoz de las enfermedades mentales”: su importancia; el valor de la anamnesis y la semiología y la necesidad imperiosa del diagnóstico diferencial, para rematar con una lista de afecciones que hace las veces de un indicador de las categorías nosográficas utilizadas en la época.

PRIMER CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRÍA

Quinto Tema³: Diagnóstico precoz de las enfermedades mentales

Coordinadores: Carlos Pereyra y Jorge Thenon.

Mesa Redonda: Diego Bereilh, Adolfo Borzi, César Augusto Cabral, Gonzalo Bosch, Diego Capurro Robles, César Coronal, Nicolás Giudice, Mauricio Goldenberg, David Liberman, Enrique Luque Fraga, Luis Martínez Dalke, Mario R. Machado, Elpidio Olivera, César Ottalagano, Gervasio Paz, Raúl Pérez Anaya, Rogelio Rivero, Guillermo Vidal (Argentina). y Moisés Feldman (Venezuela).

Secretaría técnica: Sylvia Bermann y Jorge Tenconi.

Aportes al tema: Enrique Pichon- Riviére, Jorge Thenon y César Augusto Cabral.

Relato de los Dres. Carlos R. Pereyra y Jorge Thenon

Introducción

El problema del diagnóstico precoz es un problema técnico en cuanto supone la necesidad de multiplicar el número de especialistas, y es un problema sanitario en cuanto es preciso organizar la atención pública de tales especialistas, equipando las instituciones destinadas a ese fin.

De los psiquiatras depende el reconocimiento de los síntomas iniciales, así como el tratamiento, que es tanto más eficaz cuanto más oportuna es su aplicación. Por lo tanto, es sobre la organización de la asistencia psiquiátrica que es preciso deliberar preferentemente y no solo sobre ciertos delicados matices iniciales de las psicosis, que todo psiquiatra práctico es capaz de reconocer.

La III Jornada de Psiquiatría de Rosario puso de manifiesto en numerosas contribuciones científicas

que el número de psiquiatras y su distribución en el país dista mucho de satisfacer las necesidades más apremiantes, tanto en lo que respecta a la asistencia ambulatoria de los dispensarios como en el orden asistencial. Este hecho es tan evidente que no necesita demostración ni cálculo estadístico.

Se dirá que este tema corresponde a las mesas redondas dedicadas a la asistencia y a la formación del psiquiatra. Pero ¿cómo separar el proceso de formación del psiquiatra del problema técnico del diagnóstico precoz. El diagnóstico precoz, de vital necesidad para una terapéutica exitosa, solo puede ser formulado por psiquiatras competentes y en tal número que cubran las necesidades sanitarias del país. Lo cierto es que, en relación a las necesidades de la República, el número de los psiquiatras, apenas superior a los 300, es insignificante. Un plan sanitario nacional requiere un número no inferior a los 3.000 especialistas. Examinaremos por separado los dos aspectos de la práctica.

3. Actas del Primer Congreso Argentino de Psiquiatría, Buenos Aires, 1956. Provistas al autor por gentileza del Dr. Fernando Fabris, provenientes de su archivo personal.

1° Asistencia en dispensarios.

Si se crean dispensarios de acuerdo con la densidad de la población, en los hospitales urbanos o en zonas rurales, se podrá despistar el cuadro de comienzo de muchas psicopatías, con las ventajas ya señaladas para la terapéutica. Dichos dispensarios deben estar equipados con el instrumental moderno indispensable (radiología, electroencefalografía, laboratorio, etc.), así como de los dispositivos para la terapia de Cerletti, Sakel, sueño, etc., especialmente adaptados para la atención de enfermos agudos. En cuanto a los subagudos o enfermos con procesos de curso lento o crónico, se facultará a los dispensarios para la ubicación forzosa del paciente en el establecimiento asistencial público que se considere más apto para el caso.

Se requiere, por lo tanto, un número suficiente de dispensarios y especialistas para cumplir con la imperativa exigencia de la salud pública en esta importante cuestión, dado que la forma ideal de proceder consiste en despistar precozmente el proceso mórbido y tratarlo con rapidez. Pero el plan esbozado exige mucho tiempo y las necesidades del país son apremiantes, por lo cual consideramos útil y viable el modo de obrar que exponremos a continuación y que se puede ejecutar sin tardanza.

2° Dispensarios de hospital.

En ciertos hospitales funcionan ya algunos servicios adscriptos a las salas de clínica médica, pero son insuficientes por su número, dotación y autonomía.

El dispensario neuropsiquiátrico autónomo, además de la atención directa al público, debe tomar contacto estrecho y asiduo con las salas hospitalarias. Dispondrá, por lo tanto, de un número suficiente de psiquiatras que aleccionarán al clínico y se beneficiarán a su vez del amplio criterio y conocimiento que caracterizan al especialista que asiste asiduamente a los servicios clínicos. ¿Cuántas psicopatías comienzan con sintomatología de forma clínica y pasan a la cronicidad por incompetencia del clínico, que no atina a reconocer un síndrome depresivo-melancólico o hi-pocondríaco en su estado naciente?

Una propaganda adecuada que aleccione al público llevaría allí a los enfermos en un momento óptimo para su diagnóstico y terapéutica.

En el caso de las escuelas, el psiquiatra ha destacado por el dispensario aleccionará a los maestros, que expondrán las diversas situaciones de conducta y rendimiento de los alumnos en los casos concretos.

Muchas veces una rectificación psiquiátrica oportuna puede torcer el rumbo de una psicopatía que se anuncia con disturbios de conducta y bruscos cambios

en el rendimiento escolar. El psiquiatra elegido para el caso será diestro, naturalmente, en las disciplinas de la psicopatología de la infancia. La acción médica es de doble efecto, por cuanto facilita el diagnóstico oportuno de las neuropsicopatías de la infancia y fundamenta la profilaxis de las afecciones del adulto.

En cuanto a las fábricas, mediante una vinculación estrecha con los sindicatos obreros y de empleados públicos y de empresa, ilustrados por una activa y hábil difusión de los conocimientos esenciales, el médico psiquiatra asistirá al hombre en la acción del trabajo y comprenderá sus disturbios emocionales y de conducta, así los de origen endógeno como exógeno.

La higiene mental de los trabajadores, emanada de los estudios especiales, proporcionará buenos recursos para la higiene del trabajo y la prevención de las enfermedades. La extraordinaria frecuencia de los disturbios y secuelas neuropsiquiátricas de la brucelosis es un ejemplo que aclara el significado de lo dicho.

La información, que debe evitar los traumas de una propaganda inhábil y nociva, permitirá descubrir ciertos procesos en su comienzo.

¿Cuántas veces llegan al consultorio psiquiátrico jóvenes esquizofrénicos que comenzaron con un rápido descenso del rendimiento escolar y el cortejo de síntomas tórpidos que a un psiquiatra no le pasarían inadvertidos aun en el momento inicial de su incubación!

Es útil insistir sobre estas razones, pues la importancia nacional y social de un Congreso de este tipo hace superflua una discriminación limitada a los finos síntomas de la despersonalización, o la vivencia del fin del mundo de la esquizofrénico, o el valor discriminativo de los tests. La solución del grave problema reposa sobre dos exigencias de la práctica: saber a fondo la psiquiatría y organizar la asistencia del modo reseñado, aumentando el número de psiquiatras para los dispensarios de todo el país.

El Congreso Nacional de Psiquiatría debe reclamar el cumplimiento de esta exigencia de la salud pública, dirigiéndose por igual a la conciencia del pueblo de la República y a los poderes del Estado.

Aspectos clínicos

A continuación, se enumeran los principales tópicos – en forma de guía sumaria – propuestos a la consideración de la Mesa Redonda, con respecto al diagnóstico precoz de las enfermedades mentales.

Enfoque:

- 1°. Su importancia;
- 2°. Valor de la anamnesis;
- 3°. Valor de la semiología;
- 4°. necesidad imperiosa del diagnóstico diferencial.

Los grandes cuadros mentales y su diferenciación incipiente:

1°. Esquizofrenia: a) Síndrome o enfermedad. Formas procesales, sintomáticas, reactivas o mixtas. Procesales. Concepto de unidad en la psicosis juvenil; b) Valor de los síntomas cardinales: Loquero asociativo; autismo (pérdida de lo real); ambivalencia; autoconducción; agotamiento instintivo (antinomia juvenil); amenaza al yo (Mauz); insuficiencia de la actividad psíquica (Birze); perturbación de la ejecución de los actos (Schneider); alteración cualitativa de la intencionalidad (Kronfeld). ¿Proceso predominante afectivo intelectual o volitivo? Valor de la interceptación como fenómeno orgánico o fisiopatológico y psíquico subjetivo y objetivo. Interpretación de la fenomenología psíquica como secundaria a la interceptación. Prevalencia de las perturbaciones volitivas. Trastornos de la autoconducción; extrañeza; sentimientos de amenaza al yo; proyección delirante; autorreferencia e influencia; incapacidad de concretar y falta de plenitud; luego disgregación, autismo y ambivalencia; c) Signos patoplásticos: “bizarrería”, puerilismo, suficiencia, burla insípida, patetismo, impudicia (impregnación psíquica de la etapa juvenil). Catatónia: negativismo y obediencia pasiva; inercia y crisis tumultuosas de agitación (respuesta ciega de la persona profunda).

2°. Formas clínicas. Hebefrénica, simple, catatónica, paranoide; precocísima e injertada. El acento de cada una y de formas mixtas dentro de lo procesal. Formas de comienzo agudo y subagudo: I) Excitación, confusión, estupor, depresión, delirio, etc. Diagnóstico diferencial. II) Cambio de carácter, despersonalización, formas psicasteniformes, neurasteniformes, hipobúlicas, patéticas, etc. Diagnóstico diferencial. Diferenciación con la parafrenia y distintos cuadros catatónicos. Diferenciación con “bouffée”.

3°. Demencias. Diagnóstico de grupo con las frenastenias y cuadros confusionales. Diagnóstico de los distintos procesos según sus formas clínicas: a) parálisis juvenil, expansiva, simple, depresiva, agitada, de Lisauer y tabo-parálisis. Necesidad de diferenciación con las lúes del sistema nervioso: período neurasteniforme, catarral, meningítico, vascular y gomoso; epilepsia sifilítica, etc. Diferenciación con oligofrenia, hebefrenia, manía, procesos frontales (tumores, traumas, enfermedad de Pick), melancolía, delirios expansivos, pseudoparálisis, alcoholismo, neurastenia, etc.

4°. Arterioesclerosis. Hipertónia y esclerosis. Tipo de personalidad: comienzo neurasteniforme, hipocondríaco, ansioso, depresivo. Diagnóstico diferencial con neurastenia, melancolía hipocondríaca, delirio hipocondríaco, hipocondría de los seniles, dificultad

diagnóstica con las llamadas psicosis de involución. Diagnóstico diferencial con todas las causas de ictus.

5°. Cuadros preseniles y seniles. Enfermedad de Pick; enfermedad de Alzheimer; delirio de perjuicio de los preseniles de Kraepelin; psicosis involutiva (falta de unidad nosográfica). Necesidad de individualización. Factores constitucionales, psicogenéticos y orgánicos. Incertidumbre del porvenir. Síntomas hístico-depresivos y paranoides. Diferenciación con los cuadros más genuinos de la histeria, depresión y delirio.

6°. Senilidad propiamente dicha. El misoneísmo; los trastornos de la memoria; la prevalencia de lo instintivo-temperamental. Variedades clínicas: simple, maníaca, depresiva, delirante y presbiofrénica. Diagnóstico diferencial con otras demencias: excitación maníaca, melancolía endógena y depresiones reactivas; cuadros hipocondríacos; delirio de Cottard; otros delirios; y síndrome de Korsakoff.

7°. Personalidad y demencia alcohólicas. Personalidad y demencia epilépticas. Otras demencias.

8°. La excitación psicomotriz como síndrome. La manía como patrón y lugar de referencia; sus síntomas capitales afectivos, volitivos, intelectuales e instintivos. Variedades clínicas: hipomanía, manía mediana, agitada, estuporosa. Personalidad hipomaníaca. Diagnóstico diferencial con: confusión mental agitada; excitación de la “bouffée”; psicosis autóctonas de Kleist; excitación catatónica y hebefrénica; excitación de la P. G. P.; excitación climatérica; en el alcoholismo; excitación epiléptica; senil; histérica; parafrenia expansiva, etc.

9°. El síndrome depresivo. Prototipo, depresión endógena. La tristeza, su aspecto motor y la inhibición. Variedades clínicas: simple, estuporosa, ansiosa, delirante, hipocondríaca. Despersonalización depresiva y depresivos constitucionales (personalidad psicopática). Diagnóstico diferencial obligado con el displacer de las neurosis; depresiones neurasténicas y postconmocionales; depresiones histéricas; psiquiasténica; en neurosis actuales; en depresión y despersonalización esquizofrénica; en despersonalización neurótica; estupor catatónico y confusional; depresiones involutivas; depresiones y estados displacenteros de las demencias; distimias epilépticas; depresiones reactivas; sífilis; estados reactivos y neurasteniformes; delirio con depresión secundaria y parafrenia sensitiva.

10°. Trastornos de conciencia: confusión mental, onirismo y estados crepusculares. La confusión simple y sus grados; confusión agitada, delirante y estuporosa. La confusión como toda enfermedad; como epifenómeno o como comienzo que cubre otra afección. Carácter mixto o de tránsito de los compromisos de

conciencia. La lucidez en psiquiatría. Las psicosis sintomáticas. La “bouffée” delirante. Las paranoias abortivas de Gaupp y las psicosis degenerativas de Kleist (paranoia cíclica). Episodios psicogenéticos y momentos productivos de las psicosis crónicas. Epilepsia; histeria; Ganser, pseudo demencia; personalidad alterna; ecmnesia; etc. Mecanismos hipobúlicos hipnoicos en situaciones terroríficas y estados insuperables.

11°. El síndrome delirante: diagnóstico de idea delirante. A) Los delirios crónicos: paranoia, parafrenia. Psicosis alucinatoria crónica no parafrénica; ¿paranoia sensitiva?; delirios residuales: alcohólicos, paralíticos y débiles. B) Episódicos: delirio polimorfo de los débiles, de los degenerados o autóctonos (mixtos, cíclicos, paranoide). ¿Paranoia sensitiva? Delirios reactivos, inducidos (Laségue, Falret), de auto y heteroangustia (ambientales), etc. C) Sintomáticos: toxoinfecciosos, traumáticos, alcohólicos, etc. D) Epifenoménicos: en la P. G. P., arterioesclerosis, arcos seniles, epilepsia, melancolía, esquizofrenia, histeria, climaterio, etc. Carácter fundamental: expansivo, depresivo, defensivo. Valor del contenido ideatorio: de celos, místico, erótico, de invención, hipocondríaco, pleitista, persecutorio, etc. Diferenciación con procesos semejantes.

Aportes al tema

Diagnóstico precoz, terapéutico y profiláctico en psiquiatría

Enrique J. Pichon-Rivière y José Bleger

El diagnóstico precoz de las psicosis en los adultos es un diagnóstico tardío; el diagnóstico precoz, profiláctico, es el de la infancia.

El diagnóstico no es una operación por la que se trata de ubicar con un nombre un objeto; se trata de interpretar y ubicar un proceso complejo y dinámico en varios sistemas de referencias. Debe ser pluridimensional: médico, psiquiátrico y psicológico. Ubicado en el tiempo, debe ser: genético-histórico, prospectivo y en el “aquí y ahora”. Y en cada uno de estos, debe ser: clínico, dinámico y de grupo. El todo del proceso diagnóstico depende de cómo se realiza; el interrogatorio sistemático es opuesto al emergente espontáneo (que nunca es totalmente espontáneo). El examen y el propio esquema dinámico del médico condiciona cómo se busca y lo que se halla.

Otro sistema de referencia es el de la función específica del diagnóstico, el problema del para qué; así, la terapéutica, la asistencia y otros factores condicionan los sistemas de referencias con los que se estipula un diagnóstico.

Dinámicamente, y gracias justamente por, sobre todo, al estudio de la psicología infantil, sabemos que la primitiva fórmula de Freud de que las perversiones constituyen el negativo de las neurosis, está en la actualidad reemplazada por la fórmula de que las ansiedades psicopáticas son el negativo tanto de las neurosis como de las perversiones.

El estudio de las tempranas ansiedades de la infancia y su manejo es lo que permite el diagnóstico precoz profiláctico. Así, como todo diagnóstico debe ser el diagnóstico de una tensión de grupo, mucho más en la infancia, en que el diagnóstico asienta ineludiblemente sobre el estudio del binomio madre-hijo.

(Resumen de los autores)

El diagnóstico precoz de las dolencias mentales es hoy un problema asistencial

César Augusto Cabral

El diagnóstico precoz de las enfermedades mentales es hoy en la Argentina un problema más que clínico, asistencial. Para despistar los trastornos mínimos capaces de eclosionar más tarde en una psicosis es necesario: 1°. Un eficiente esquema de enseñanza psiquiátrica que dé al médico general las nociones que lo facultan para pesquisar con éxito esos trastornos, y al especialista la posibilidad de adiestrarse en el conocimiento preciso del período de comienzo y del curso de las psicosis. 2°. El establecimiento de un examen psiquiátrico de rutina al terminar el ciclo de enseñanza primaria. 3°. La estructuración de un régimen asistencial, dirigido por un organismo nacional autónomo que contemple la creación de servicios psiquiátricos en los hospitales generales, y una red de centros asistenciales en zonas determinadas de las grandes ciudades y en los medios rurales, la separación de los enfermos crónicos y agudos, los primeros en colonias y los segundos en hospitales, y la provisión de todos los elementos de diagnóstico que hoy escasean. 4°. Una propaganda adecuada que informe y prevenga a las grandes masas, evitando sembrar el temor.

(Resumen del autor).