

La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

EDUARDO BELLO — EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO

DIRECTOR

CARLOS A. BAMBAREN

COMITE DE REDACCION

LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — ERNESTO EGO-AGUIRRE

LUIS QUIROGA QUIÑONES

HUMBERTO PORTILLO (Arequipa). — JOSE MARROQUIN (Puno). —

GUILLERMO KUON CABELLO (Tacna).

PRECIOS DE SUSCRIPCION	|	En Lima S/. 6.00 al año	|	AVISOS Precios convencionales
		En Provincias „ 8.00 al año		
		En el Extranjero 4 dólares al año		

Año 64. - No. 1004

Febrero 1947

SUMARIO

Clasificación de los delincuentes sexuales , por el Dr. Manuel Tarazona, pág.	25
La inmigración, problema médico-social del Perú , por el Dr. Humberto Portillo, (conclusión), pág.	33
Organización de la sanidad rural en Puno , por el Dr. José Marroquín, (continuará), pág.	38
Consideraciones sobre el suicidio , por el Dr. José M. Tumbio Ovide, (conclusión), pág.	42
Noticias , pág.	47



Las publicaciones médicas del mundo entero coinciden en registrar el hecho de que la úlcera péptica supera en frecuencia a todos los demás trastornos digestivos. PEPSAMAR, antiácido gástrico a base de hidróxido de aluminio coloidal, representa el tratamiento moderno de la hiperacidez gástrica y de la úlcera péptica. La terapéutica mediante PEPSAMAR permite obtener una neutralización prolongada sin riesgo de alcalosis ni producir reacciones ácidas ulteriores, aliviando rápidamente el dolor y teniendo un efecto demulcente.

PEPSAMAR

HIDRÓXIDO DE ALUMINIO COLOIDAL



Es un preparado manufacturado por
WINTHROP PRODUCTS INC., NUEVA YORK

Para los

Laboratorios Winthrop S. A.

AV. WILSON 1810
CASILLA 1637

TELEFONO 35937
LIMA - PERU

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decano de América



CATEDRA DE CRIMINOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE LIMA
Profesor Dr. Carlos A. Bambarén

Clasificación de los delincuentes sexuales

Por el Dr. MANUEL TARAZONA

Es ardua tarea en el campo científico, clasificar las materias, objetos o individuos que se estudian. La clasificación es, además de lujo taxonómico, ventaja didáctica que favorece el conocimiento ordenado de las cosas.

En Criminología y particularmente en Criminografía, se necesita recurrir a una adecuada clasificación de los delincuentes, basándose en la observación directa que proporciona la clínica criminológica.

Es objeto especial de la Criminografía el estudio particular de cada delincuente, a fin de tipificar su "estado peligroso", describir sus características que permitan individualizar la pena o medida de seguridad, para luego facilitar la ejecución de la sentencia pronunciada. El propósito de clasificar a los delincuentes, dado el múltiple criterio que domina sobre el particular, es propicio para las discusiones, pero no por ello deja de constituir un empeño de alcances penitenciarios.

En delincuencia sexual la clasificación tiene quizá mayor interés, que en otra clase de delincuentes. En efecto, si se pudiera reunir, anota **Ira Wile**, en un determinado grupo, a los individuos a quienes se les ha considerado como delincuentes sexuales, estos podrían no diferir substancialmente en sus características, de cualquier grupo de individuos no delincuentes. En ambos grupos se encontrarían variaciones en el instinto sexual, desde la más extremada masculinidad, hasta la extrema feminidad, con todas las variaciones bisexuales. En ambos se encontrarían individuos con aparente tendencia a cometer actos que serían considerados como delictuosos y en alguno de ellos, el desarrollo sexual imperfecto se consideraría como causal. En ambos se incluirían individuos que por razones de enfermedad, accidente o trauma psíquico, no llegaron al desarrollo o madurez sexual o que retornaron de la madurez a un nivel infe-

rior de actividad, que la Sociedad considera como anomalía de la conducta. Estas afirmaciones harían pensar que es bastante difícil cualquier intento de clasificación de los delincuentes sexuales, y que es infecundo intentar una revisión de las clasificaciones que se han hecho, tanto en el pasado como en el presente.

Frans Alexander clasificó a los delincuentes sexuales, según las alteraciones del impulso sexual, comprobando que puede desviarse o alterarse la tendencia o finalidad del impulso sexual, como en el sadista, masoquista, "voyeurista", exhibicionista; y que puede alterarse el impulso sexual, desviándose del objeto como en la homosexualidad, bestialidad, etc., y que por último pueden coexistir ambas alteraciones de tendencia y objeto, como en el fetichismo.

V. C. Branham hizo una clasificación desde el punto de vista del tratamiento médico, muy completa e interesante, aceptando los siguientes tipos morbosos:

I.—Individuos que actúan bajo el impulso de fuerzas de orientación compulsiva:

- a) Exhibicionismo, voyeurismo y masturbación.
- b) Violencia sexual sobre la persona amada, con intención directa o indirecta de cometer violación.
- c) Conducta simbólica, representada típicamente por cleptomanía, fetichismo y piromanía.
- d) Agresión sadística, que puede combinarse con el segundo grupo o por su gravedad constituir un grupo aparte.

II.—Individuos cuya conducta parece estar biológicamente determinada:

- a) Homosexualidad (activa y pasiva).
- b) Otros tipos de conducta relacionados con la inter-sexualidad.

III.—Individuos cuya historia indica que el delito es relativamente aislado, premeditado o cometido en estado de hiper-excitación:

- a) Sujetos que delinquen por un fin utilitario.
- b) Sujetos hiper-excitables.
- c) Sujetos que tratando de cometer un delito contra la propiedad, agravan su situación con un delito de carácter sexual. Ejemplo: el ladrón que viola.
- d) Sujetos que actúan por influjo de toxicomanía.

IV.—Delincuentes accidentales:

- a) Exhibicionismo accidental.
- b) Sujetos que encubren un delito con otro. Ejemplo: el que aparenta una violación para robar.
- c) Tipos mixtos.

V.—Delincuentes mentalmente irresponsables:

- a) Grupo psicótico. Paranoia. Esquizofrenia.
- b) Débiles mentales.
- c) Toxicómanos,

Abraham Meyerson clasifica a los delincuentes sexuales en tres grupos:

- I.—Delincuentes de conducta heterosexual.
- II.—Delincuentes de conducta homosexual.
- III.—Delincuentes de conducta variada.

Señala como variantes de los dos primeros grupos y formando parte del tercero, los siguientes grupos:

- a) Delincuentes heterosexuales del tipo anormal (maníacos, parálisis general, alcohólicos).
- b) Delincuentes psicopáticos.
- c) Delincuentes impotentes.
- r) Delincuentes heterosexuales, en los que la violencia está asociada con la crueldad (sado-masoquistas).
- e) Delincuentes en los que la tendencia heterosexual se convierte en bestialidad.

Eugenic Davidoff considera una serie de problemas y puntos de vista que es necesario tener en cuenta tratándose de la prognosis y terapia de la delincuencia sexual, al establecer la clasificación de esta clase de delincuentes, afirmando que "en lo principal, no hay una clasificación adecuada para los delincuentes sexuales y dichas desviaciones (aberraciones sexuales), no deberían considerarse en un rubro separado, sino simplemente como manifestaciones de un defecto o desviación del desarrollo general de la personalidad. Sin embargo, con propósitos de conveniencia y de práctica, los delincuentes sexuales pueden clasificarse según su edad, estado mental, personalidad, grado y tipo de la desviación".

De acuerdo con estas directivas, la clasificación de **Davidoff** es la siguiente:

I.—Edad:

- a) Delincuentes mayores de edad. Arterioescloróticos, preseniles, seniles, involutivos, (orgánicos y funcionales).
- b) Delincuentes menores de edad. Adolescentes y adultos, jóvenes (orgánicos y funcionales).

II.—Estado mental:

- a) Al principio (pasivo), ocasional, incidental, por accidente o inducido.
- b) Posteriormente (activo) delincuente reincidente, con marcada desviación de la personalidad.
- c) Sicósicos (orgánicos y funcionales).
- d) No sicósicos (orgánicos y funcionales).

III.—Tipo y grado de la desviación.

- a) Sadista (violador) o masoquista.
- b) Homosexual activo o pasivo.
- c) Narcisista, masturbación mutua, masturbación prolongada, enuresis, ninfomanía, fetichismo.
- d) "Voyeurismo" y exhibicionismo.
- e) Felatía. Sodomía, pederastía y transvestitismo.

IV.—**Desarrollo de la personalidad:**

- a) Desorden en la conducta (delinquentes psicopáticos).
- b) Alteración de la personalidad (neuróticos).
- c) Deficiencia mental.
- d) Incapacidad mental específica.
- e) Tipos de reacción orgánica.
- f) Personas con miedo a la familia por haber perdido su poder socio-económico.
- g) Extraversos e introversos en diversos grados.

V.—**Delinquentes orgánicos.**

- a) Endocrinopáticos con habitus displásico, traumáticos, post-encefalíticos, alcohólicos.
- b) Funcionales.

VI.—**Manifestaciones asociadas de origen inconsciente:**

Estados compulsivos, Piromanía, Cleptomanía, Mitomanía, Oculismo, etc.

Ira Wile al comentar esta clasificación y con el objeto de sacar conclusiones para la clasificación que ella propone, dice: "Reconociendo la validez de los puntos de vista de **Davidoff**, y teniendo en cuenta la necesidad de dar la debida importancia a las normas directrices, tanto jurídicas como médicas, creo que un análisis de los delinquentes debería tener en cuenta diversos puntos de vista para poder hacer una verdadera clasificación. Lo fundamental en este caso, sería el conocimiento total del hombre delincuente y la naturaleza del delito cometido, teniendo en cuenta que el delito de carácter sexual es siempre el resultado de circunstancias presentes, pero que devienen de factores pasados, sean conscientes o inconscientes, que como factores potenciales de la conducta actual del sujeto, es necesario conocer y tener en cuenta".

Con estas ideas **Ira Wile** propone una clasificación con el objeto de tratar de interpretar mejor, y con fines de la terapia, al delincuente sexual y su delito.

Seis aspectos del delincuente sexual, unos endógenos y otros exógenos, son los que utiliza **Ira Wile** para formular su clasificación:

I.—**Edad:**

Niñez	Funcional, Orgánico	}	Normal, no habitual Esperado, deseado
Adolescencia	Desarrollo Mental		
Madurez	Orgánico, Funcional	}	Anormal, extravagante Inesperado, no deseado
Climaterio	Involucional		
Senilidad	Arterioesclerótico Degenerativo		

II.—**Plano:**

Plano biológico: Auto-erótico.	}	Estabilizado Regresivo
Homo-erótico. Hetero-erótico.		

Plano psicológico

Instinto, deseo, hábito. Volición, inhibición. **Conciencia social.**

Plano social } Ego personal. Alter personal.
 } Social. Antisocial. Asocial.

Plano legal } Responsable. Irresponsable.
 } Aceptable. Conducta reprobada.

III.—Control:

Primario:

Accidental }
 Premeditado } Control eficiente

Secundario:

Tóxico agudo }
 Débil mental } Control menos eficiente
 Personalidad psicopática. }

Terciario:

Tóxico (crónicos). }
 Psiconeurótico } Escaso control eficiente
 Sicótico }
 Compensatorio }

IV.—Factores:

Fisiológicos Autoerotismo. Masturbación. Voyeurismo.
 Exhibicionismo. Fetichismo.

Hipersexual }
 } Ninfomanía
 } Satiriasis

Homosexual }
 Heterosexual } Sadista
 Bisexual } Masoquista
 } Facultativa

Patológicos Débil mental. Morón. Imbécil.
 Psiconeurótico. Ansiedad. Compulsión.
 Personalidad psicopática. Amoral. Asocial. Antisocial.
 Tóxico. Alcohólico. Toxicómano.

Psicótico } orgánico. Parálisis general. Arterioesclerosis cerebral.
 } funcional. Esquizofrenia. Maníaco-depresivo.

Epilepsia.
 Post-infección. Encefalitis.

Sociales:

Incidentales. Pequeño nivel económico. Prostitución.
 Proxenetismo.
 Accidentales. Ebrio homosexual. Violador.
 Premeditados. Literatura pornográfica, desmoralización de niños.
 Obscenidad.

V.—Responsabilidad:**Premeditada:**

Primaria: { Masturbación autosexual, mutua.
 { Homosexualidad activa y pasiva
 { Heterosexualidad agresiva, consentida

Secundaria: Embriaguez, violación, robo.

Compulsiva:

Exhibicionismo. Voyeurismo. Masturbación.
 Violación. Parofilia.

Accidental:

Violación estatutoria. Violación de actitud personal.
 Reacción emocional impulsiva.

Concomitante:

Debilidad mental. Siconeurosis. Personalidad psicopática.
 Tóxico. Sicosis. Epilepsia.

Incidental:

Substitución. Fetichista. Cleptómano. Pirómano, etc.
 Enuresis (?)

VI.—Delitos sexuales:

Rapto. Violación. Abuso carnal.
 Degeneración moral. Seducción. Sodomía.
 Incesto. Robo y violación. Robo y estupro.
 Prostitución. Pederastía. Transveritismo.
 Felation, cunnilingus.

La clasificación que antecede es indudablemente bastante completa en lo que se refiere a los elementos que hay que tener en cuenta para su confección, pero no lo es en lo que se refiere a la distribución misma de esos elementos dentro del plan general taxonómico.

La "Asociación Americana de Prisiones", hace una clasificación de los delincuentes con un criterio más general, y desde el punto de vista de su normalidad o anormalidad, dividiéndolos en normales, débiles mentales, neurópatas, sicósicos y sicósicos potenciales.

Muchas otras clasificaciones podrían citarse, pues se ha recurrido a múltiples criterios aunque todos sirvieron para los fines propuestos. El punto de vista del tratamiento, el concepto antropológico, social, delictivo, fueron las nociones principales que se utilizaron con más o menos fortuna. Más es preciso analizar uno a uno los factores que hay que tener en cuenta para una buena clasificación.

En primer término, debe tenerse en cuenta, la normalidad o anormalidad, desde el punto de vista psíquico, luego el grado de responsabilidad o irresponsabilidad, para de acuerdo con los factores anteriores, establecer el grado mayor o menor de peligrosidad. Normalidad, responsabilidad y peligrosidad, son elementos fundamentales de una buena y sencilla clasificación del delincuente sexual.

La inimputabilidad o la imputabilidad, tanto como la peligrosidad, tienen que estar en relación íntima y directa. Son elementos indispensables al apreciar la personalidad del delincuente, no sólo para su clasificación, sino también para la aplicación de la pena o medida de seguridad.

Una buena clasificación debe ser sencilla, para encontrar fácilmente el lugar en que puede ser colocado determinado sujeto, sin que por eso deje de ser todo lo completa que sea posible.

De acuerdo con estos conceptos, se puede clasificar a los delincuentes sexuales de la siguiente manera:

Edad.—Menores — Adultos — Ancianos.

El factor edad es indispensable en la sistemática de los delincuentes sexuales, porque tanto la doctrina como el **Código Penal** consideran a la edad como factor de imputabilidad restringida. Los menores y los ancianos seniles, sólo poseen responsabilidad penal restringida, que da asidero a medidas de seguridad.

Sexo.—Otro elemento que debe tenerse en cuenta después, es el relativo al sexo. Evidentemente que no es lo mismo el delincuente sexual masculino que el femenino, ya que hay elementos, que por razones mismas del sexo, y por las diferentes clases de delitos, separan al delincuente sexual masculino del femenino. Así se comprueba que hay delitos como el de violación, que no puede imputarse a una mujer, salvo que se tratara de un ser con anormal desarrollo del clítoris o que fuese de sexo equívoco por anomalía morfológica genital. En cambio, la seducción que siempre se imputa al varón, es también un delito imputable a la mujer.

Estado mental.—Otro factor importante es el desarrollo psíquico. La normalidad mental es el equilibrio entre las reacciones psíquicas y los estímulos, entre el medio social y la conducta. La anormalidad es la desaparición de este modo de actuar que lleva al delito, por causas extrañas y transitorias, como una

emoción irresistible, un estado pasional, una intoxicación aguda, etc., o por trastornos psíquicos permanentes. En el primer caso el sujeto poseerá una mayor responsabilidad con un mínimo de peligrosidad; en el segundo la responsabilidad sería menor, pero con un máximo de peligrosidad, a causa de ese estado sub-normal o anormal.

La sub-normalidad es muy interesante para la Criminología, porque es dentro de este grupo, donde se encuentra el mayor número y los más peligrosos delincuentes sexuales. Entre la normalidad y la anormalidad absoluta, hay una inmensa gama de estados psicopáticos intermediarios, que son el substratum de las personalidades que ingresan al área penal por sus actos antisociales, incluyendo los de raíz sexual. En estos sujetos no influye la norma moral, ni la jurídica, ni la educación, porque poseen factores genotípicos que los predisponen al delito. La alienación mental, es decir, la sicosis, es muchas veces no delictógena, porque el sujeto está recluso en un Hospital de alienados.

El "estado peligroso".—La peligrosidad es factor que debe tenerse en cuenta al clasificar al delincuente sexual, porque sobre ella debe establecerse la individualización de la sanción. Es quizá uno de los mejores elementos de la clasificación de los delincuentes sexuales, porque con él se recurre a las medidas de seguridad de duración ilimitada, mientras dure o persista el "estado peligroso".

En resumen, la clasificación que se propone es la siguiente:

- I.—**Edad.**—Menores, adultos y ancianos seniles.
- II.—**Sexo.**—Masculino. Femenino.
- III.—**Estado mental.**—Normal. Personalidad psicopática. Alienado.
- IV.—**Estado peligroso.**—Peligrosidad máxima. Peligrosidad media. Peligrosidad mínima. No peligrosidad.

De esta manera, se reúne en una clasificación sencilla, a los delincuentes sexuales, aprovechando los elementos que emergen del estudio de su personalidad.



La inmigración, problema médico-social del Perú

Por el Dr. **NUMBERTO PORTILLO**

(Conclusión)

CENSOS REALIZADOS EN EL PERU

El incanato, según versiones de algunos Cronistas de Indias, reconoció una población que oscilaba entre 8 a 10 millones para algunos y 15 a 20 millones para otros; lo efectivo es que como término medio, jamás bajó de 10 millones de habitantes.

Al través del período de los Incas, la estadística de su población, se realizaba con el auxilio precioso de los "quipus", sistema muy primitivo, pero de inobjetable veracidad y que la tradición nacional lo conserva como una reliquia de inestimable valor.

Durante el gobierno **Colonial**, el primer censo tiene lugar el año de 1548 ordenado por el Licenciado **La Gasca**, dando la cifra de 8'285,000 habitantes.

Hacia 1569, el Virrey del Perú Don **Francisco de Toledo**, realiza un **empadronamiento** de la población indígena, comprendida entre 18 y 50 años, alcanzando 1'067,696 habitantes.

En 1795, **Gil de Taboada y Lemus**, con funcionarios rentados de la Colonia, obtiene 1'232,122 habitantes.

Finalmente, el Virrey **Abascal**, en 1806, no obstante sus anhelos de ejecutar un nuevo y definitivo **Censo Real** en sus dominios, éste sólo dá un cálculo aproximado de 1'508,000 súbditos de la Corona de España, comprendidas las regiones de la sierra, intendencias de **Lima, Arequipa y Trujillo** y los gobiernos de **Chiloé, Guayaquil, Quijos y Mainas**.

Constituída la República ofrece un proceso **demográfico** ínfimo.

Los censos posteriores los llevan a efecto los gobiernos de **Santa Cruz**, del Mariscal Don **Ramón Castilla**, de Don **Manuel Pardo** y de Don **Manuel Prado y Ugarteche**, con el siguiente resultado:

Año de 1836	1'373,736
Año de 1850	2'001,203
Año de 1862	2'437,916
Año de 1876	2'699,106
Año de 1940	7'023,111

El censo correspondiente al año 1940, posiblemente el más científico y técnico de los realizados, dá la siguiente proporcionalidad entre el factor **hombre** como **población absoluta**, el **territorio nacional** como morada inevitable de él, y la **densidad** o equivalente imponderable, para el más efectivo cómputo de la población real, toda vez que ella viene a ser el exponente del número de habitantes, en relación directa con la extensión territorial de un país.

DISTRIBUCION DEL TERRITORIO NACIONAL Y DE SUS HABITANTES

Región	Ext. Km ²	% territ.	Pobl. absol.	% pobl.	Den. × Km ²
Costa	135,510	10.69	1'757,149	25.02	13.2
Sierra	404,403	32.38	4'460,648	63.51	11.0
Montaña	706,664	56.58	805,314	11.47	1.1
Lagos, islas	4,472	0.35	.....	.....	...
Totales	1'249,049	100.00	7'023,111	100.00	5.6

Para tener un concepto cabal de nuestra situación **continental** como población absoluta, frente a los demás países, veamos el siguiente cuadro exclusivamente de carácter comparativo y de gran utilidad.

POBLACION ABSOLUTA DEL PERU Y DE LOS PAISES DE AMERICA DEL SUR

Países	1er. censo	Población	2º censo	Población
Brasil . . . . .	.....	.....	1937	43'247,000
Argentina	1914	7'885,000	1938	13'318,000
Colombia	1937	8'600,000	1938	8'701,816
Perú	1937	6'500,000	1940	7'023,111
Chile	1937	4'597,000	1940	5'001,782
Venezuela	1936	3'491,000	1937	3'530,000
Bolivia	1900	1'616,000	1937	3'500,000
Ecuador . . . . .	.....	.....	1937	3'000,000
Uruguay	1908	1'043,000	1937	2'093,000
Paraguay	1895	652,000	1937	950,000

De estos datos del **Anuario Estadístico de la Sociedad de las Naciones**, y como complemento del informe proporcionado por los respectivos gobiernos, deducimos que el Perú como población absoluta, ocupa en **Indo-América**, el **cuarto lugar**.

Y para poner término racional, a este importante asunto, estudiemos el paralelismo de nuestra densidad, comparada con los demás países del Continente.

**DENSIDAD DE LA POBLACION DEL PERU COMPARADA CON LOS
PAISES DE AMERICA**

Países	Superf. miles Km.	Censos	Población	Densidad
Uruguay	187	1937	2'093,600	11.19
Colombia	1,139	1938	8'701,816	7.64
Chile	742	1940	5'001,782	6.74
Ecuador	455	1937	3'000,000	6.59
Peru	1,249	1940	7'023,111	5.62
Brasil	8,511	1937	43'247,000	5.08
Argentina	2,793	1937	13'318,000	4.77
Venezuela	912	1937	3'491,000	3.83
Bolivia	1,313	1937	3'500,000	2.67
Paraguay	458	1937	950,000	2.07

El resultado, no puede ser más desalentador para la realidad nacional, aunque junto a nosotros, existen pueblos de mayor capacidad territorial, que aun no han logrado una política demográfica eficiente.

NACIONALIZACION DEL INMIGRANTE

La nacionalización del inmigrante debe operarse automáticamente dentro de los diez años de residencia, primero, en forma espontánea o voluntaria y con todos los contornos de absoluta obligatoriedad, cumplido este plazo.

Dos razones fundamentan esta iniciativa: una económica y otra social. La primera, impone la seguridad del capital logrado merced al trabajo, preparación y sacrificios del inmigrante, a no ser exportado por el propietario, al país de su procedencia, y si más bien, a ser empleado en nuevas industrias productivas, o simplemente a constituir un mayor aporte a la riqueza privada; si la fatiga de tanta labor en forjar una fortuna, lo desvía de toda empresa benéfica, cuando menos lo obliga a ingresar a la esfera de los potentados de la nueva patria de su residencia; la segunda, logra el acrecentamiento numérico de la población, que es, y debe ser la consecuencia lógica de toda política inmigratoria y colonizadora, que no resulta así, cuando esta previsión no se ha puesto en práctica. Por otra parte, es útil disociar diplomáticamente al inmigrante o colono del país de su procedencia, para lograr su incorporación a la ciudadanía nacional, que le acoje en forma definitiva, evitándole la nos-

talgia que se torna en enfermiza, al pensar en la patria ausente, y en el anhelo indestructible de volver a ella. Finalmente, el pensamiento nefasto y sin razón de sentirse siempre extranjero, fomenta una situación falsa de superioridad, sobre los nativos, la que fatalmente se extiende hasta la **tercera generación** en el mejor de los casos, ya que sólo después de esta acumulación de años se imponen automáticamente una efectiva nacionalización voluntaria, por las vinculaciones adquiridas con el resto de la población.

ASPECTOS MEDICO-SOCIALES DE LA INMIGRACION EN EL PERU

Una vez planificado el movimiento **migratorio** hacia nuestro país, y preparado el **terreno receptivo** a los nuevos ciudadanos por llegar, corresponde al **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**, encarar científicamente el más serio de los problemas, desde el punto de vista **psico-biológico**, o sea la ejecución analítica de todo afán inmigratorio, realizando la selección sistemática y ordenada de este elemento social, que significa el aporte de **sangre nueva**, a un país, que lujuriosamente ostenta, una quietud dolorosa y estacionaria de su población.

Hay que contar con una "**Oficina biológica de inmigración**" servida por personal médico nacional, de sobrada eficiencia científica, especializada en su gran misión y de gran solvencia moral, quien genere por sí solo, todo el aporte de una estructurada responsabilidad patriótica, frente a la ejecución encomendada a su devoción.

Ella realizará el examen integral del inmigrante para otorgar la "**Ficha biotipológica de inmigración**".

El factor biológico, eugénico, surge gigantesco e inexcusable en esta cruzada, como índice seleccionador avanzado de las generaciones del porvenir; el factor psíquico, cristalización del eterno buscador de la regencia espiritual, merece todo interés, así como el caracterológico y ético.

El movimiento **inmigratorio** tuvo en épocas pretéritas una ejecución totalmente empírica, puesto que se realizaba, a espaldas de todo control científico. La experiencia dolorosamente cosechada en todos los países tributarios de este aporte humano, ha hecho reaccionar ante la tragedia irremediable, buscando el auxilio racional que perdone sus pasados desvaríos. No sólo es preciso que el elemento hombre, tenga un exterior satisfactorio y de juventud, capaz al amparo de su fuerza muscular, de cumplir con las más rudas faenas a él encomendadas; esta solvencia física, siempre será sólo un factor secundario; es preciso escudriñar la integridad mental, como base de un venturoso amanecer y de muy sólida regeneración racial.

Renato Kehl, afirma con suprema autoridad, "que gran parte de la colectividad, está compuesta de enfermos, neurópatas, semidementes, anormales y criminales; la vida artificial y artificiosa, transforma a muchas personas en enfermos mentales"; si esta aseveración lógica, es una verdad, pensemos una vez más en la imperiosa necesidad de investigar las aptitudes psicosomáticas del individuo a importar desde la lejanía.

Beers dice "que es mucho mayor la fragilidad psíquica que la física"; si aceptamos esta afirmación, veremos como el hombre en el desarrollo parabólico de su existencia, está más expuesto a contraer taras mórbidas en su esfera mental, que fatalmente cobran una residencia de autoridad, que no sólo superviven en las generaciones venideras, a la sombra fatídica de la herencia; esta observación es corroborada por **J. Brandes** quien sostiene que "las facultades intelectuales y morales del individuo, son el resultado primero y más importante de una herencia satisfactoria o insatisfactoria".

Y si se analiza en orden de normal progresión, la Patología tributaria de la herencia, muy importante y bien estudiada por los genetistas, se llega a la conclusión que la inmigración científicamente controlada es la única que debe propiciarse.

CONCLUSIONES

I.—El Perú, es un país fundamentalmente despoblado y mucho más aun, desde el punto de vista de su densidad pobladora.

II.—Es urgente preparar medio receptivo de los futuros inmigrantes y colonos.

III.—Hay que establecer en el extranjero una **Oficina biológica de inmigración** para estudiar en forma integral, biotológica, al inmigrante.

IV.—En la **ficha biotológica de inmigración**, se tendrá en cuenta la herencia, lo somático, lo funcional, lo psicológico, lo caracterológico y lo ético del inmigrante.

Promilina

40 UNIDADES DE HISTONA INSULINA ZINC POR CC.



M.

LIMA

Instituto Seridas S.A. Peruana

R

PERU



Organización de la Sanidad rural en Puno

Por el Dr. JOSE MARROQUIN.

Tres hechos favorables han concurrido en Puno para que las autoridades sanitarias hayan podido organizar una atención médico-higiénica en la enorme población campesina del Departamento: la dación del Decreto Supremo de 2 de diciembre de 1945, por el que se declara la reorganización del Ministerio de Salud Pública y la tecnificación progresiva de sus servicios, estando Puno entre los Departamentos por los cuales se comenzará la aplicación de este nuevo plan; el Convenio suscrito por los Ministros de Educación en Arequipa el 1º de noviembre de 1945 (1) y el plan subsecuente de educación rural aprobado en las Conferencias de Warisata, (Bolivia), el 26 de diciembre de 1945 (2), en que se consideraba el aspecto sanitario en la nueva escuela rural de la cuenca del Lago Titicaca, y el Convenio Sanitario suscrito en Arica por los Ministros de Salubridad el 26 de mayo de 1946 (3), cuya segunda cláusula se refiere "al control de las enfermedades infecto-contagiosas susceptibles de propagarse a través de las fronteras de los tres países signatarios", siendo Puno el Departamento que precisamente se halla fronterizo con los dos países Bolivia y Chile firmantes del Convenio, aun cuando de mayor extensión con el primero.

En este sentido, la Sanidad de Puno, tenía que satisfacer los requerimientos de estos tres aspectos concurrentes por una feliz coincidencia de inquietud sanitaria nacional e internacio-

(1) Por parte del Perú el doctor Luis E. Valcárcel y por parte de Bolivia el Mayor Jorge Calero.

(2) Por parte del Perú la siguiente delegación: Julián Palacios (que la presidió), Leopoldo Astete Maraví, José Portugal, José Marroquín, Fidel Flores y Asunción Galindo. y por parte de Bolivia: Toribio Claure (que la presidió), Angel Chávez Ruiz, Elizardo Pérez, Benedicto Duran, Jorge Alcázar, Alberto Navia Carrasco, Heriberto Guillén Pinto, Efraín Carrasco, Eufrasio Ibañez, Carlos Quitón y Carlos Peredo.

(3) Los Ministros de Salubridad fueron: Julio E. Portugal (Perú), Germán Monroy Block (Bolivia) y Juan Garafalic D. (Chile).

nal, de los Gobiernos peruano, chileno, boliviano y norteamericano, por intermedio de sus dirigentes sanitarios (4).

Para llevar una adecuada atención sanitaria (médico-higiénica) a la población de todo el Departamento de Puno, de la que hasta hoy carecía, era necesario en primer lugar conocer las características geográficas y humanas de esta importante circunscripción del territorio. Aparte de su enorme extensión (67,703 Kms².), comprende tres zonas geográficas de distintos aspectos climático y endemiológico: las pampas de su altiplano, enormes extensiones superpobladas en las márgenes de su inmenso Lago; la puna o cordillera de su altiplano, escabrosas regiones escasamente pobladas, y la montaña, con sus cabecezas, valles y selva tropicales, con mínima población, en su mayor parte flotante, de elementos inmigrantes. Sus habitantes (646,385 en 1940, que dan una densidad de 9.55 por Km².), son en 92.35% aborígenes, que residen en su mayoría fuera de las ciudades (prácticamente la capital del Departamento y las capitales de las provincias), donde viven los mestizos y escasos blancos que dan el 7.65% restante de la población; viviendo esos 566,449 aborígenes y una escasa proporción de mestizos (los que ejercen el comercio) en el campo (pampas, cordillera y regiones suburbanas de las ciudades y zona montañosa), en agrupaciones sui géneris denominadas aylllos (estancias, parcialidades o comunidades).

Con estos datos, que se pueden precisar tan fácilmente en el Departamento de Puno, lo que no ocurre con otros lugares del territorio, la costa por ejemplo, en donde el campo y la ciudad no son tan fácilmente deslindables o lo son de una manera artificiosa, la sanidad se reduce a la atención del 95 por ciento de su población aborígen en el campo y de 5% en las ciudades (circunscritas al cercado de cada capital de sus provincias y habitadas en su casi totalidad por los que ejercen algún cargo oficial, los comerciantes que los atienden y algunos indígenas); esto es, que la atención sanitaria (médico-higiénica), en el Departamento de Puno, tiene que ser rural en un 95% y urbana en el 5% restante.

La nueva organización del Ministerio de Salud Pública contempla bajo un Comando unitario ambas atenciones, precisando en detalle el tipo que corresponde a la sanidad urbana (de la que no nos ocupamos en este trabajo) y dejando la sanidad rural para una organización sui géneris, de acuerdo a la realidad de cada circunscripción territorial.

El presente estudio, trata de exponer esta organización en el Departamento de Puno, de acuerdo con las directivas de la Dirección de Salubridad.

(4) El Gobierno norteamericano por sus Servicios Cooperativos de Educación, de Salud Pública y la Fundación Rockefeller, siendo sus representantes del primero en Bolivia Ernesto Maes, y de los segundos en el Perú Graham Sullivan y J. L. Hydrick, respectivamente.

La parte rural del Departamento de Puno (que comprende el 95% de su extensión, en lo que únicamente no son los cercados de las capitales de las provincias), ha sido dividida sanitariamente y no políticamente, para la mejor atención médico-higiénica de su población, en Zonas Sanitarias Rurales o Unidades Sanitarias Rurales, correspondiendo a las Unidades Sanitarias Distritales del Plan de reorganización del Ministerio de Salud Pública, ya que los distritos en el Departamento de Puno son en su totalidad de aspecto rural; sólo que en la organización de la sanidad en Puno se ha prescindido del concepto político de distrito, porque en el medio rural de Puno todavía subsiste una arcaica división de su territorio en ayillos, o agrupaciones de aborígenes en viviendas separadas, que en tiempos del incanato los unía un lazo patronímico, familiar, hoy menos riguroso; con su gobierno especial y su economía propia (cooperativista) y sus actividades cada vez menos autónomas, ante el sojuzgamiento de la organización política nacional. El ayillo, que implica cierta importancia por su extensión, independencia y población, ha ido dividiéndose enormemente en el Departamento de Puno cuando no absorbido por los latifundios (haciendas de propiedad particular), conservándose hoy más bien, aparte de muchos ayillos, una gran cantidad de estancias (porciones de ayillos, o subdivisiones de éstos). Dentro del medio rural, aparte de los ayillos, las estancias y las haciendas, existe otra porción territorial y humana, los asientos mineros, que también los hay bastantes en el Departamento, por su riqueza mineralógica, sobre todo en plata, cobre, plomo y antimonio. Existen en el Departamento de Puno, además de sus 9 provincias y 83 distritos, 662 ayillos, 3,127 estancias, 1,037 haciendas y 35 asientos mineros.

Dada esta enorme cantidad de divisiones territoriales, en la porción rural del Departamento de Puno, por el momento, en vista de la escasez de personal sanitario capacitado, solamente se tomarán como zonas sanitarias agrupamientos de ayillos o estancias en extensiones abarcables por el personal, las haciendas principales por su rendimiento económico y cantidad de colonos y los asientos mineros de cierta importancia metalúrgica y de población de obreros y empleados. El catastro de las haciendas y de las minas que deben sostener un Puesto Sanitario, se está verificando con el objeto de determinarlas en el momento oportuno que se dicte la Resolución Suprema que las obligue a contar con personal sanitario y los implementos de atención médica.

Dentro del agrupamiento de ayillos o estancias que constituirán las zonas sanitarias rurales del Departamento de Puno, se ha escogido por el momento para comenzar la labor, por la zona de la cuenca del Lago Titicaca, ya que no se puede realizar la labor en todo el Departamento por motivos económicos y escasez de personal tecnificado; y se ha escogido pa-

ra comenzar el trabajo la zona rural de la cuenca del Titicaca, por las siguientes razones: 1ª, es la parte más poblada del Departamento; 2ª, es la porción más extensa de frontera con Bolivia y Chile; 3ª, es la zona que permite la iniciación de una labor sistemática (Oeste y Sur del Departamento), para luego continuarse en el resto del Departamento sin soluciones de continuidad.

La cuenca del Lago Titicaca ha sido dividida en 15 zonas sanitarias rurales, correspondiendo cada zona a una Unidad Sanitaria Rural, en su personal y medios de atención sanitaria (médico-higiénica).

Para emprender la atención sanitaria en una forma completa, hemos comenzado por esquematizar todos los aspectos que comprende la sanidad y concretar las definiciones, muchas veces acaso de un modo arbitrario, en sacrificio de la claridad de los conceptos y del objetivo final, de conseguirse una realidad sanitaria en el medio rural del Departamento.

La atención sanitaria rural es, para nosotros, la conservación, el mejoramiento, la preservación y restablecimiento de la salud de nuestro campesinado, de acuerdo con su realidad geo-social. De la conservación y mejoramiento de la salud se encarga la higiene; de la preservación (inmunización) y restablecimiento (curación) de la salud, se encarga la medicina (medicina preventiva y medicina curativa). La salud, es también para nosotros, "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", como se la ha definido en la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en New York del 19 al 22 de Julio de 1946. La higiene, a su vez, se encarga de suprimir las causas individuales que trastornan la salud (higiene personal, privada o individual), o las causas ambientales (higiene pública, saneamiento o ambiental), o las causas sociales o indirectas (higiene social), como la desocupación, el abandono, el pauperismo, etc. La higiene individual enseña la manera de conservarnos sanos tanto en la parte física como mental (aseo corporal, de los vestidos, de la vivienda, alimentación completa, educación física, proscripción de tóxicos y de traumatismos y trastornos psíquicos, etc.) La higiene pública enseña la construcción de pozos de agua, de silos, estercoleros, mataderos, mercados, cementerios, etc. La higiene social enseña a luchar contra las causas indirectas, dependientes de la colectividad, que impiden el conservarnos sanos o limitan y dificultan el mejoramiento de nuestra salud, como el salario insuficiente, la desocupación, el trabajo en ambientes mefíticos, la promiscuidad, el hacinamiento, la pleitomanía, el vagabundaje, la emigración, etc. Bajo este concepto, dentro de la Higiene Social se estudian: la higiene maternal, infantil, escolar, sexual, industrial o profesional, etc.

(Continuará)

Consideraciones sobre el suicidio

Por el Dr. JOSE M. TUBIO OVIDE

(Conclusión)

FACTORES DE INTROVERSION DE LAS TENDENCIAS AGRESIVAS

El análisis psicológico permite comprobar que existen algunas semejanzas entre el homicidio y el suicidio. Vamos a ocuparnos a continuación de las diferencias. Desde ya podemos adelantar que son de orden moral. Ya Morselli afirmaba que "el hombre criminal que no tiene con qué satisfacer sus necesidades, matará a otro hombre y le robará, mientras que aquel que como producto de la educación posee el sentimiento del deber "...sería llevado a poner fin a sus días con sus propias manos".

Era también el pensamiento de Corre cuando consideraba al suicidio como un derivativo de la criminalidad. Ferri fué más lejos al afirmar que había una verdadera **oposición** entre el homicidio y el suicidio, no sólo considerando su respectiva frecuencia desde el punto de vista étnico y geográfico, sino también en el tiempo. Así, al paso que los homicidios van disminuyendo desde la Edad Media hasta nuestros días, la curva de los suicidios seguiría en ascenso. Italia, dice Halbwachs, "nos ofrece un ejemplo notable de tal evolución. En 1875 todavía las muertes y asesinatos eran mucho más numerosos que las muertes voluntarias. Se contaban 922 suicidios solamente y 3,280 acusaciones de homicidio, es decir, que los italianos mataban tres veces y media más que los que se mataban. Ahora bien, en 1913 sucede a la inversa. El número de suicidios excede el triple, elevándose a 3,107. Durante ese tiempo los homicidios han disminuído a menos de la mitad, el número de acusaciones de asesinato ha caído a 1,389. Hay más de dos veces tantos italianos que se matan como italianos que matan. En cuarenta años Italia se ha puesto al paso de la civilización moderna".

Hay, entonces, un elemento ético en el suicidio que determina la existencia de un verdadero antagonismo con el homicidio, desde este punto de vista. Esto ha sido sospechado en diversos pueblos de la antigüedad, cuyas actitudes frente al sui-

cidio así lo revelan. Séneca, refiriéndose a los estoicos, que solían hacer abandono voluntario de la vida, se preguntaba: "¿Qué puede ser más deshonoroso que morir en el vituperio y en la esclavitud?", y prosigue: "El sabio vive en tanto debe, no en tanto puede, y piensa dónde, con quién y cómo debe vivir, así como lo que ha de hacer, es decir, lo que será su vida, y no si ésta será más o menos dilatada. Si sobrevienen acontecimientos enojosos, miserables o desgraciados, que le desposean de su paz espiritual, el sabio escapará a la vida".

Sin llegar al extremo de convertirlo en exponente de sabiduría, la opinión popular considera al suicida revestido de cierta nobleza. Se le considera, incluso, capaz de borrar, con la dramaticidad de su sacrificio, graves culpas anteriores. Ferrici cita varios casos de militares acusados de alta traición, que fueron inducidos al suicidio para salvar el honor del cuerpo, y sintetiza su opinión de la siguiente manera:

"La de que el suicidio sea o no una acción inmoral, o un acto irreligioso, es cuestión que no puede resolver la ciencia jurídica (y con mayor razón la ciencia médica, agregaríamos nosotros). He de hacer constar, empero, que también en el campo puramente ético y religioso, el sentimiento público moderno respecto al suicidio ha cambiado muchísimo". Y expresa luego: "El suicidio es siempre una desgracia, pero no es siempre una inmoralidad. Por esto, no sólo las leyes del Estado, civiles y penales han abolido cualesquiera sanciones contra el suicida, sino también la Iglesia misma, si bien en la ley escrita ha mantenido las normas tradicionales, en la práctica cotidiana viene disminuyendo el rigor de las normas relativas al suicidio".

Existe, pues, un reconocimiento tácito de la superioridad moral del suicidio sobre el homicidio. Un viejo médico interno de los hospitales, obligado por sus funciones a enfrentarse con infinidad de tentativas, sintetizaba su opinión diciendo que "la mayoría de los suicidas son buenas personas". Ahora bien, ¿cuál es la traducción psicológica de este hecho?

Hemos mencionado en el capítulo anterior al super-ego, homologándolo a la conciencia moral. Pero el sentido que le dan los psicoanalistas es un poco más complicado. Para Freud, la personalidad adulta representa la síntesis de tres grupos de fuerzas: 1º). Las tendencias primarias que responden a los instintos vitales que agrupa con la designación del libido, o a los instintos destructores que ha designado como tanatógenos. A todo este grupo le denomina ID (Ello). 2º). Las que, como resultado de la experiencia, crean la bipolaridad consciente, separando la realidad subjetiva de la realidad objetiva, y constituyen la noción de la personalidad o ego (Yo). y 3º). Un haz de fuerzas, que es el que nos interesa, derivado de las tendencias agresivas del ID, que por un proceso de introyección se dirigen contra el mismo individuo colocándose, dice Mira y López, "al ser-

vicio de la autopunición, expiatoria de los primitivos deseos incestuosos y criminales (de los llamados complejos de Edipo o de Electra). El progenitor odiado es incorporado a la personalidad en virtud de este proceso introyectivo y se convierte en su más implacable juez o censor".

De la distinta proporción en que cada una de estas tendencias participa en la personalidad, surgen tres tipos principales: los primitivos, amorales, en que predomina el ID, que raramente van al suicidio; aquellos en que predomina el *ego*, fríos, utilitarios, prácticos, que están protegidos por su mismo egoísmo, y por fin los que se caracterizan por la presencia de un **super-ego omnipotente**, entre los cuales el suicidio recluta la mayoría de sus víctimas. Angustiados, indecisos, con un sentido de su responsabilidad exagerada, Mira y López los describe como "víctimas de su instinto destructor (detenido en la fase sádico-anal) que ahora adquiere una intelectualización masoquista, expresada en forma de temores y remordimientos de todo género. Prueba, empero —agrega—, de que tras esa aparentemente exagerada conciencia moral se oculta un fondo agresivo-criminoide de gran potencia, nos la da el hecho de que, cuando ocasionalmente se libera el *yo* de su influencia, su portador es capaz de mostrarse poseedor de una crueldad sin límites". Lo antedicho podría servir de argumento para sostener la peligrosidad del suicida, incluso para los demás.

La naturaleza ética del factor que introvierte las tendencias agresivas, se ve mejor en cierto orden de hechos etiológica y patogénicamente vinculados al suicidio, pero que la opinión general separa cuidadosamente de él, guiándose por un criterio finalista que, no lo olvidemos, no es el científico. Nos referimos al sacrificio, es decir, a la ofrenda voluntaria de la propia vida en aras de fines nobles, superiores al individuo. Durkheim ya los englobaba entre los suicidios, con la denominación de suicidios altruistas, por oposición al suicidio egoísta, que es el común. Halbwachs, su continuador, que retoma el hilo de sus investigaciones sociológicas, hace al respecto consideraciones interesantes. Recuerda en primer término la definición que del suicidio hizo el primero, que comprende claramente ambas formas:

"Se llama suicidio todo caso de muerte que resulta, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, cumplido por la víctima a sabiendas de que debía obtener ese resultado", y añade: "es más fácil criticarla que sustituirla por otra mejor".

La distinción entre suicidio y sacrificio no es, pues, científica, sino social. El suicidio simple es considerado inmoral por la sociedad, la cual, dice Halbwachs, "pretende imponer a sus miembros más desdichados esa forma de sacrificio que consiste en soportar la vida, cuando ellos tendrían tantos motivos para abandonarla. Tal es el verdadero sentido de los argumentos in-

vocados a menudo: ...que es cobarde preferir la muerte al sufrimiento..., que el suicidio es una deserción..., que la virtud esencial es la resignación..., que se peca contra la divinidad no aceptando representar el papel que ella les ha asignado".

El individuo desadaptado, al que su sentido moral llevaba en un primer grado del homicidio al suicidio, es apartado de éste por la presión de la conciencia social y necesita entonces un motivo o un pretexto heroico para abandonar decorosamente este mundo. El soldado que va al encuentro de una muerte segura para salvar a su regimiento, el investigador que se presta para realizar un experimento peligroso, podrán o no tener sus motivos particulares para desear la muerte, pero en todo caso, saben de antemano que le serán perdonados, o que ni siquiera se pensará en ellos. Por otra parte, en estos casos existe, más aún que en el suicidio, la posibilidad de que la muerte no se produzca y así ocurre muchas veces. Ellos constituyen el nexo entre estas formas y aquellas otras que veremos a renglón seguido, en que la muerte no es ya buscada ni directa ni indirectamente.

Los psicoanalistas dan el nombre de sublimación "al proceso en virtud del cual la energía de una tendencia reaccional que tropieza con inhibiciones en su camino es transferida a otras vías motrices, en las que se descarga libremente, originando una satisfacción sustitutiva" (Mira y López). Lo que caracteriza a la sublimación es que permite conservar el sentido psicológico del acto, aun cuando éste aparentemente sea distinto. Son conocidas las diversas formas de sublimación del libido, ahora bien, las tendencias tanato-agresivas también pueden ser sublimadas.

Se llega por este camino a diversas actitudes vitales cuya íntima esencia es a menudo presentida por la opinión, pero en las cuales falta el fúnebre desenlace, casi obligado en las anteriores. La toma de hábitos religiosos constituye un caso de esta índole. Una enferma observada por nosotros reemplazaba su primitiva idea de eliminarse por la de hacerse monja, demostrando el valor de las instancias religiosas en la profilaxis del suicidio, sobre el que tanto se ha insistido desde Durkheim y que recientemente hace resaltar Mirandolino de Caldas. En otro caso, la válvula de escape será un largo viaje, preferencia algo peligrosa, o cualquiera otra empresa por el estilo. Podrían multiplicarse hasta el cansancio los ejemplos de esta sublimación, que pueden ser considerados sin esfuerzo como verdaderos **equivalentes psicológicos** del suicidio.

La descarga inofensiva del instinto destructor, explica, según los psicoanalistas, la eficacia de la terapéutica convulsivante en los melancólicos. Ella les permite, dice Mira y López, "morir y resucitar varias veces sin comprometer su vida como lo hacen sus tentativas de suicidio". En observaciones personales, hemos tenido oportunidad de comprobar la exactitud de esa afirmación.

Los enfermos dicen que "les parece estar muertos" en los instantes de lucidez que preceden y siguen al shock, y manifiestan su afición a la terapéutica, que se transforma en repulsión a medida que se van curando.

Para terminar, deseamos referirnos brevemente a la reciente ola de suicidios en el Japón. Diremos, ante todo, que no ha sorprendido demasiado. Estamos hechos a la idea de que el suicidio es una práctica arraigada en el pueblo japonés, de acuerdo con su idiosincracia. Licurzi nos ha proporcionado interesantes descripciones del hara-kiri y de los suicidios de los fanáticos que se arrojaban al Fuji-Yama.

El suicidio llegó a adquirir en el Japón caracteres de problema nacional. Tanto es así que tuvo que ser creada en Tokio una "Clínica para la prevención del suicidio" (Jivalsubashi Kyokoi), fundada y dirigida por Kobayashi, suicida frustrado él mismo. Allí se atendía a los suicidas frustrados, se investigaban sus conflictos y se les ayudaba a reconstruir su vida, haciéndoles emigrar, si así lo deseaban, a las prósperas islas del Pacífico. "Más de 50,000 jóvenes emigraron a las Filipinas, otros muchos miles fueron ubicados en el grupo hawaiano, o en las posesiones orientales holandesas" (Licurzi). Son conocidas las ventajas políticas y militares que posteriormente reportó al Japón esta emigración. Este hecho explica también los suicidios en masa de las tropas niponas en diferentes zonas del teatro de la guerra: se trataba de predispuestos. Por otra parte, las extraordinarias circunstancias por las que atraviesa el pueblo japonés, e inciden sobre dicha predisposición, contribuyen a explicar ese fenómeno colectivo. Ya Janet, con genial intuición, expresó que "el suicidio es una forma mórbida de reacción al fracaso".

RESUMEN

El autor se refiere en especial a los diversos factores que intervienen en la psicopatogenia del suicidio. Al factor ideológico, con sus dos modalidades principales: las ideas de supervivencia y las ideas de anulación. Al importante factor instintivo representado por las tendencias tanato-destructoras, que vinculan al suicida con el criminal. Y, por fin, a las instancias éticas que, determinando la introyección de los impulsos destructores, llevan en un primer grado del crimen al suicidio, luego de éste al sacrificio y, en una última etapa, por un proceso de sublimación, a diversos actos de filiación masoquista que pueden considerarse como verdaderos "equivalentes psicológicos del suicidio".

Noticias

VISITO LIMA EL Dr. ELEAZAR GUZMAN BARRON.—Por invitación de la Universidad, visitó Lima, en el mes de noviembre de 1946, el Dr. Eleazar Guzmán Barrón, médico peruano, que hace muchos años reside en Estados Unidos de Norte América, ejerciendo el profesorado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chicago.

Dictó una serie de conferencias sobre bioquímica, en las que expuso sus investigaciones y sintetizó las que han realizado los más connotados investigadores sobre esta materia, que por otra parte están al alcance de los que leen las publicaciones periódicas que aparecen de preferencia en los países anglosajones.

El numeroso público que asistió a sus disertaciones, premió al autor con entusiasta aplauso, dada la sapiencia y maestría con que desarrolló las materias que trató desde la tribuna universitaria.

HOMENAJE AL Dr. ENRIQUE L. GARCIA.—Durante los días 23, 24 y 25 de enero se llevaron a cabo las actuaciones científicas con las que la "Asociación de médicos del Hospital del Niño" y la "Sociedad Peruana de Pediatría" homenajearon al profesor Dr. Enrique L. García, que acaba de jubilarse del cargo de catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Lima.

Diversos oradores presentaron interesantes trabajos sobre temas de medicina infantil y en la reunión de clausura, que como todas ellas se llevó a cabo en el Hospital del Niño, se entregó al Dr. Enrique L. García artísticos objetos de plata en recuerdo del homenaje, pronunciándose discursos muy afectuosos para el homenajeado, que estuvieron a cargo de los Dres. Luis A. Suárez, Noé Huamán Oyague, Otto Friek Campodónico, Carlos F. Krumdieck, Gerardo Alarco, Julio Muñoz Puglisevich y Alberto Hurtado, Ministro de Salud Pública, quien clausuró el acto. Enseguida se sirvió un almuerzo de camaradería en el Club Hípico peruano.

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA.—Al conmemorarse el 5 de febrero el primer aniversario del fallecimiento del Profesor Max. González Olaechea, se efectuó en el servicio de medicina del Hospital "Dos de Mayo" que lleva su nombre, la ceremonia de entrega al nosocomio de una cabeza del maestro que ejecutó con maestría el renombrado escultor español Victorio Macho, que hace algún tiempo se encuentra en Lima.

En la ceremonia que presidió el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social Dr. Alberto Hurtado, el presidente del "Comité pro-homenaje al Dr. Max. González Olaechea", Dr. Rafael M. Alzamora, pronunció un discurso en el que elogió el as-

pecto moral de la personalidad inconfundible, del que fué profesor de clínica médica, su "bondad inmanente" y su esfuerzo por conseguir la elevación del nivel y categoría de la dignidad profesional. Informó el orador que se había establecido la "Fundación Max. González Olaechea" para "contribuir a la formación profesional de estudiantes poseedores de las condiciones intelectuales y morales que tanto estimuló con el ejemplo y la palabra el maestro desaparecido".

A continuación se quitó el velo que cubría el monumento y el Decano de la Facultad de Medicina Dr. Sergio Bernales, leyó el homenaje que por su conducto tributó la institución que preside. Luego el Dr. Miguel C. Aljovín, en representación de la Junta de Asistencia hospitalaria de la Beneficencia Pública de Lima, unió su voz en la ceremonia y el Dr. Augusto Pérez Aranibar, presidente del Directorio de la misma entidad, dijo que el homenaje al Dr. González Olaechea era tributo de cariño, justicia y admiración.

Agradeció el homenaje a nombre de la familia el Dr. Alfredo González Olaechea, clausurando la ceremonia el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Alberto Hurtado, quien dejó constancia que traía la adhesión oficial del Gobierno.

Fué la ceremonia que se reseña, fiel expresión de la consideración que alcanzó en vida el eminente maestro.

Hormona testicular genuina

Ampollas (propionato de testosterona)
 Caja de 4 ampollas de 5 mg
 Caja de 4 ampollas de 10 mg
 Caja de 2 ampollas de 25 mg

Comprimidos (metiltestosterona)
 Frasco de 30 comprimidos de 5 mg.

Pomada (testosterona)
 Tubo de 25 g. de pomada al 0,2 %

PRODUCTOS "CIBA"

Representantes: NIZZOLA y Cía. S. A. — LIMA

Universidad Nacional, Playa de San Marcos

Universidad del Perú, Casana de América

