

4923-2

Revista Mexicana de PSIQUIATRÍA NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA

383

BIBLIOTECA NACIONAL
MEXICO

No. 5

Enero-Febrero
1951

VOL. I

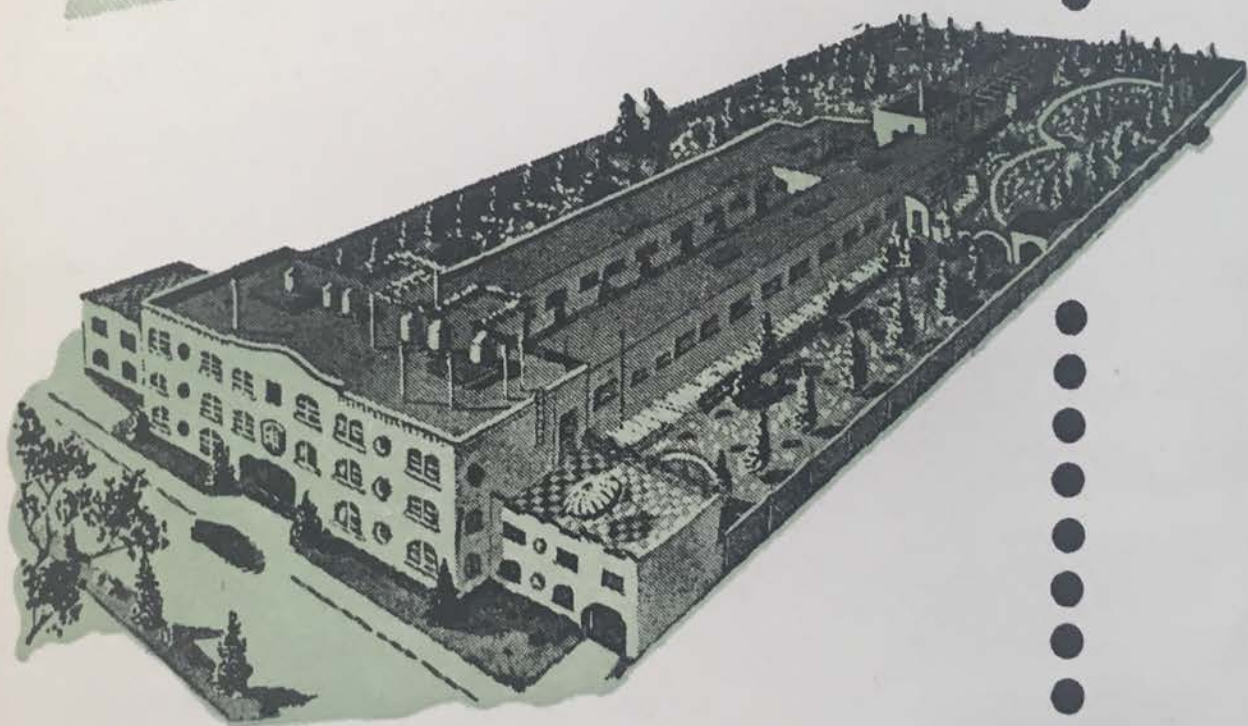
SUMARIO:

	Pág.
CONSIDERACIONES SOBRE LA ANOREXIA PSICOGENA EN EL NIÑO Dr. Ramón de la Fuente.....	113
CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA INFANTIL: Dr. Manuel Camelo.....	118
ELECTRO EXCITACION CORTICAL APARATO "REITER" Dr. Manuel Marin Foucher	123
REVISTAS	129

CLINICA

NEUROPSIQUIATRICA

DR. MANUEL FALCON G.



IXTACCIHUATL 180 VILLA OBREGON, D.F.

TELS: 32 98 58 • 24 56 18

Antabuse

(DISULFURO DE TETRAETILTURAM)

Ayerst

*Un recurso valioso
en el tratamiento del
alcoholismo crónico*

EL ANTABUSE ES EL PRODUCTO ORIGINAL DE LOS DOCTORES JACOBSEN Y HALD DE DINAMARCA Y LA CASA "AYERST" DE MONTREAL CANADA LA UNICA AUTORIZADA PARA SU FABRICACION Y VENTA EN ESTE HEMISFERIO

Ayerst McKenna & Harrison
de
MONTREAL CANADA

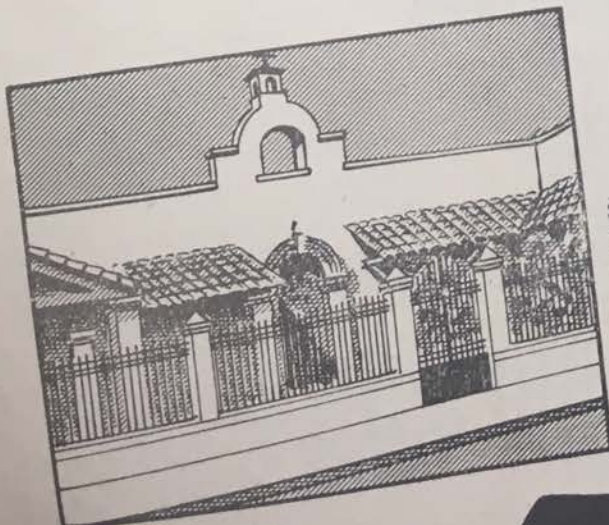
MEDICAMENTOS CIENTIFICOS
S. de R. L.
Calzada de Tacubaya No. 169
México, D. F.

CLINICA PARA ENFERMOS NERVIOSOS Y MENTALES S. de R. L.

JALISCO 330

TEL. 31-81

MONTERREY, N.L.



DIRECTOR

DR. MANUEL CAMELO C.

JEFES DE SERVICIOS:

Depto. de mujeres:
Dr. Oliverio Tijerina T.

Depto. de hombres:
Dr. Rubén Tamez Garza.

Hiperemia.



BROMO-BESVITAL

BROMO - BESVITAL

CADA AMPULA CONTIENE:

Bromuro de Calcio	500 mg
Clorhidrato de Tiamina (16650 U I)	50 mg
Riboflavina	2 mg
Pyridoxina	10 mg
Nicotinamida	25 mg
Uretano disolvente	500 mg
Clorobutanol conservador	25 mg
Agua dest. C. B.	5 cm ³

Literatura exclusiva para médicos.

BROMO - BESVITAL 100

CADA AMPULA CONTIENE

Bromuro de Calcio	1 G
Clorhidrato de Tiamina	100 mg (33300 U I)
Riboflavina	4 mg
Pyridoxina	20 mg
Nicotinamida	50 mg
Uretano disolvente	500 mg
Clorobutanol conservador	25 mg
Agua destilada c. b.	5 cm ³

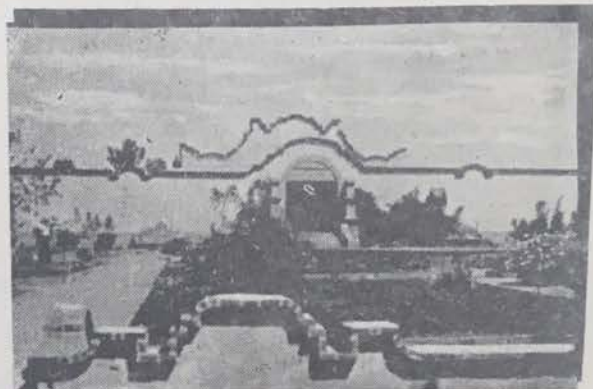
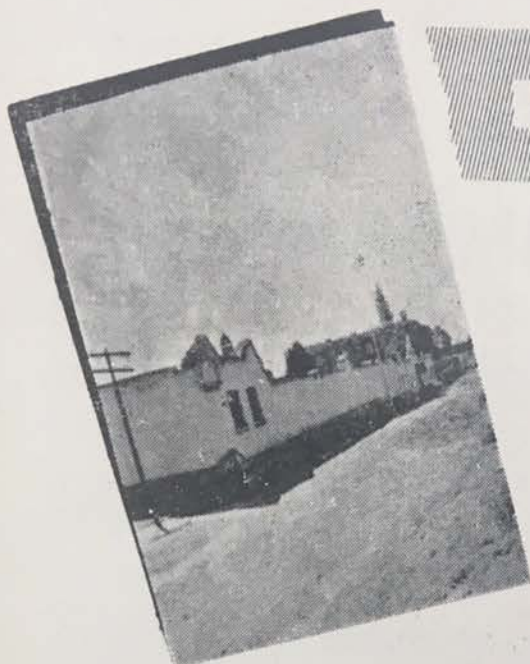
Reg Num 31901 S S A

Laboratorios **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.

CLINICA NEUROPSIQUIATRICA

LOURDES



EXCLUSIVA PARA MUJERES

Cholulá, Pue.

Director: DR. IGNACIO RIVERO BLUMENKRON

GRANJA NEUROPSIQUIATRICA DE LA LAGUNA

Dr. Samuel Ramírez Moreno

CALZADA J. A. CASTRO (Antigua Quinta Josefina) GOMEZ PALACIO., DGO.

Exclusivamente para enfermos nerviosos, mentales, alcohólicos y toxicómanos.

Dirección y Administración: Morelos 905 Pte. Tel. 27-90 TORREON, COAH.

Director: DR. DIONISIO SANCHEZ GUERRERO. Morelos 904 Pte. Tel. 27-90.

SUERO CITOTOXICO ANTIRRETICULAR
PURIFICADO Y LIOFILIZADO

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL.

**EL PROCESO DE LIOFILIZACION GARANTIZA LA CONSERVACION DE
LAS DELICADAS MOLECULAS QUE CONSTITUYEN EL S. C. A.**

Reg. Núm. 33214 S. S. A.

LABORATORIOS DEL DR. ZAPATA S. A.

CALZ. DE AZCAPOTZALCO A LA VILLA.

MEXICO, D. F.

Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía

Publicación Bimestral.

AÑO II

NUMERO 5

ENERO — FEBRERO 1951

DIRECTOR:
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

SUBDIRECTOR:
DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ.

CUERPO EDITORIAL:

Dr. Manuel Falcón G.

Dr. Mario Fuentes D.

Dr. Manuel Velasco Suárez.

CONSEJO CONSULTIVO:

Dr. Guillermo Dávila G.

Dr. Manuel Guevara Oropeza.

Dr. Marín Ramos Contreras.

Dr. Teodoro Flores Covarrubias.

Dr. Dionisio Nieto G.

Dr. Manuel Sánchez Garibay.

Dr. Raúl González Enríquez.

Dr. Francisco Núñez Chávez.

Dr. Roberto Solís Quiroga.

JEFE DE REDACCION:
DR. FERNANDO CESARMAN VITIS.

ADMINISTRACION:
DRA. MA. CONCEPCION ZUÑIGA.

JEFE DE LA SECCION BIBLIOGRAFICA:
Dr. Francisco Garza García.

JEFE DE PUBLICIDAD:
Dr. Rafael Delgado Alarcón.

REDACTORES:

Dr. Rogelio Díaz Guerrero.

Dr. Everardo Neumann Peña.

Dr. Carlos Fernández G.

Dr. Mario Ramos P.

Dr. Germán Herrera.

Dr. Germán Riva C.

Dr. Carlos López Elizondo.

REPRESENTANTES EN LOS ESTADOS:

Nuevo León: Dr. Manuel Camelo.

Puebla: Dr. Ignacio Rivero Blumenkron.

Jalisco: Dr. Fernando de la Cueva.

Coahuila: Dr. Dionisio Sánchez Guerrero.

Chihuahua: Dr. Ignacio González Estavillo.

San Luis Potosí: Dr. Jesús Urriza Gama.

Guanajuato: Dr. Angel Ortiz Escudero.

Registrada como artículo de Segunda Clase en la Administración de Correos Número Uno, de México, D. F., el 12 de Junio de 1950.

Los artículos firmados no representan necesariamente el criterio de los editores.

Los directores de la revista y el cuerpo editorial se reservan el derecho de seleccionar los trabajos que han de ser publicados y el cuerpo de redacción el de modificar los artículos en lo que se refiere a su estilo, número de grabados, extensión, etc.

Se devolverán los originales de los artículos no publicados a petición expresa del interesado dentro de los seis primeros meses a partir de su envío.

Los reimpresos serán por cuenta del autor y deberán ser solicitados al enviar el artículo.

Se solicita canje con revistas similares del país y del extranjero.

Oficinas: Calle de Génova 39.—México, D. F., Teléfonos: 35-72-30 y 14-20-62.

Aparece el día primero del mes correspondiente.

Precio del ejemplar: \$3.00.—Precio de la Suscripción Anual en el País: \$15.00. En el extranjero: 2 dólares.

EPILEPSIA



Antisacer compuesto

WANDER



Dr. A. WANDER, S. A. Berna, Suiza

Consideraciones sobre La Anorexia Psicogena en el Niño

Dr. Ramón de la Fuente Muñiz*.

El hambre, que se experimenta conscientemente, como una sensación gástrica local y una cenestesia de tonalidades desagradables, es biológicamente considerada, la expresión básica del instinto de auto-preservación y por lo tanto una capacidad innata del individuo. El apetito, cuya tonalidad es placentera, no es simplemente hambre en menor grado. Ciertamente, su base instintiva es el hambre y con ella se le confunde, pero el apetito y su antítesis la repugnancia, depende poderosamente de las experiencias previas del individuo. Más que una cruda sensación, el apetito es un fenómeno psicosomático complejo en gran parte condicionado por factores culturales, sociales, por ello es más personal, más, discriminativo y más sutil.

Teniendo el apetito una base instintiva, lleva en sí mismo la tendencia realizadora a su gratificación, misma que se logra por la ingestión de los alimentos apetecidos. En este sentido, el apetito, puede conceptuarse como una fase previa, preparatoria a la función alimenticia.

Del mismo modo que la herencia dota al individuo genotípicamente de cierto grado de energía vital, de afectividad, de inteligencia, etc.; los individuos difieren en sus necesidades nutricionales y en su capacidad para experimentar apetito, en función de factores heredo-constitucionales.

Es un hecho de observación y de comprobación, que múltiples factores físicos que afectan el estado general y el aparato digestivo, alteran el apetito. Bástenos señalar que las perturbaciones cualitativas del mismo, constituyen un síntoma frecuente del embarazo, y que la anorexia es síntoma prominente del carcinoma gástrico. Pero también es observación común, que el apetito, no solo es de factores constitucionales y físicos sino de factores emocionales. La cólera, la preocupación, la tristeza y la angustia lo deprimen. Cualquiera ha visto desvanecerse su deseo de comer al recibir una ingrata noticia, o sentirse súbitamente encolerizado. Si estas emociones en lugar de ser pasajeras son crónicas, la perturbación será también persistente.

En nuestra complicada civilización, la satisfacción del apetito, el comer, es un ritual complicado, sujeto a múltiples regulaciones y limitaciones. En su ya de por sí penoso pro-

ceso de socialización, el niño ha de aprender: cuándo, cómo, dónde, cuánto y qué comer. La adquisición de hábitos alimenticios socialmente aceptables, implica para el niño un verdadero entrenamiento y aprendizaje durante el cual depende en gran parte de sus padres, que con frecuencia, manejan la situación en forma totalmente inadecuada y condicionan de este modo, perturbaciones de los hábitos alimenticios del niño.

La anorexia, inhibición del apetito, es un fenómeno vana, que solo tiene significado morboso, cuando su persistencia implica un peligro para la estabilidad nutricional del niño.

FRECUENCIA Y FORMAS CLINICAS.

O. S. English y G. H. Pearson estiman que los trastornos psicógenos de la función alimenticia constituyen el 24% de todos los casos pediátricos, y que de estos trastornos, la anorexia crónica es con mucho el síntoma más frecuente. La anorexia, fué el síntoma principal en el 10% de los primeros mil niños estudiados por H. F. Shirley en la clínica Psico-pediátrica de Stanford. Aunque el porcentaje de casos de anorexia no explicables por causas somáticas, varíe entre límites amplios, en la experiencia de distintos autores, todo pediatra está de acuerdo en que es un problema frecuente y no pocas veces de difícil solución. Las modalidades clínicas más frecuentes de anorexia crónica en el niño son: el rechazamiento de todos los alimentos, y rechazamiento de algunos alimentos específicos. Deben considerarse también, el comer con excesiva lentitud y el saciarse rápidamente.

SITUACIONES Y MECANISMOS EN JUEGO

Cada niño tiene sus propios requerimientos alimenticios y su propio apetito. Experimentalmente ha sido demostrado que el niño física y mentalmente sano, colocado en la situación de elegir entre diversos alimentos, termina al cabo de algún tiempo por seleccionarlos correctamente e ingerirlos en la cantidad más conveniente para él.

Hay madres, que tratan de sobrealimentar a sus hijos, con el ingenuo propósito de hacer que el peso del niño corresponda al indicado en las tablas standard, mismas que

* Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Infantil.

generalmente han sido importados de otros países racialmente muy distintas al nuestro. Madres cuyo interés principal en la vida es comer, son las que ponen más énfasis en que sus niños sean los más rollizos de la vecindad o de la parentela. No es raro encontrarse con grupos de madres que piensan que gordura es sinónimo de buena salud y en consecuencia compiten entre sí para tener al niño más gordo. Estas madres ejercen una presión desmedida sobre el niño a la hora de las comidas, y éste, que principia por rechazar el exceso de comida, termina por rechazar cualquier alimento, en cualquier cantidad.

Otro frecuente error en el manejo de la situación alimenticia es la ignorancia del llamado "período de negativismo o resistencia" que se presenta al partir del 2o. año y que tiene de varices meses a 2 años de duración. Esta fase, que es psicológicamente normal, representa los primeros esfuerzos del niño por emanciparse de la tutela excesiva de los padres, y afirmar su personalidad. El niño se rehusa a comer, como parte de una actitud general de rechazamiento, del mismo modo que también se rehusa a ir a la cama, a levantarse a la hora estipulada y en general, a obedecer cualquier orden. ¡No! es su respuesta predilecta. Esta fase de negativismo es tanto más rápidamente superada cuanto más tacto es usado por los padres y el niño percibe mayor seguridad y protección emocional.

Son actitudes características de las madres neuróticas especialmente cuando lo son de hijos únicos o primeros, la hiperprotección y la inconsistencia de sus métodos educativos. Tal parece que se empeñaran en dotar a sus hijos de una personalidad histeroide. Estos niños son conducidos ante el pediatra por sus "remilgos y mañas" a la hora de las comidas. La relación es siempre la misma. El niño es el pequeño tirano del hogar. Desde un principio ha aprendido a manejar el ambiente a su capricho y durante todo el día, pero especialmente a la hora de las comidas él es el centro principal de atención. La madre presta demasiada atención a lo que el niño come o deja de comer. Cuando un platillo es rehusado, la madre o el padre ruegan, ofrecen, y al fin de cuentas amenazan. El niño grita, pateo, regurgita o escupe la comida, y en la batalla campal que se suscita, la madre resulta casi siempre vencida. El niño encuentra en el no comer una forma práctica de agredir a sus padres o de ganar su atención. Una vez que los padres

han perdido los estribos, la situación se va agravando gradualmente.

Es bien conocido el hecho de que los niños aprendan más por el ejemplo que por el precepto. Fácilmente incorporan las actitudes de sus padres, sean éstas saludables o inconvenientes. En la historia de los niños anoréxicos, es frecuente encontrarse con que los padres u otros miembros de la familia padecen trastornos digestivos, somáticos o hipocóndriacos y son remilgosos y meticulosos acerca de sus alimentos. Con frecuencia son ellos mismos, problemas de alimentación. Rechazan ciertos platillos, enaltecen las cualidades altamente nocivas de otros, etc. En estos casos los problemas del niño son una reproducción de los problemas alimenticios de toda familia.

Es bien conocida ley psicológica, que las experiencias que ocurren simultáneamente o en proximidad temporal o espacial quedan ligadas entre sí en la mente del individuo por vínculos asociativos. Esta es la base de la formación de reflejos condicionados que tanta importancia tienen en los procesos de aprendizaje y de integración de la personalidad. Es por ello que las circunstancias físicas y psicológicas que rodean a las comidas pueden jugar un papel importante en las inhibiciones del apetito. Si estas circunstancias son repelentes (suciedad, cantidades excesivas de un mismo alimento, presencia de personas odiadas, situaciones emocionalmente cargadas), la repulsión es transferida a los alimentos y éstos son rechazados por el niño. Una vez establecido el reflejo, aunque las circunstancias cambian, el niño puede continuar en su actitud de rechazamiento.

Creo que muchos niños comerían mejor, si el hecho señalado fuera tomado en cuenta debidamente por los padres, y si se lograra desterrar la perniciosa costumbre de hacer de la hora de las comidas el momento de las acusaciones, las comparaciones y las amenazas. Es frecuente que sea la hora de las comidas cuando la madre informa al padre de las transgresiones del niño. Es la hora que se interroga sobre las calificaciones de la escuela, etc. La progenie amedrentada de padres rígidos y perfeccionistas, ve llegar con pavor la hora de las comidas y difícilmente puede estar en el estado afectivo necesario para sentir apetito.

El establecimiento de reflejo condicionados en relación con los alimentos es la causa más frecuente del rechazamiento selectivo de ciertos platillos. Muchos de nosotros hemos tenido la experiencia, de que perdemos

el gusto y aún sentimos repugnancia por el alimento que una vez nos produjo trastornos digestivos. Ciertamente que las anorexias selectivas, pueden ser debidas a idiosincrasias o a específicas deficiencias enzimáticas en las que el factor psicológico poco tiene que ver.

Algunos niños sienten repulsión por alimentos que por su forma, consistencia, y color tienen un aspecto semejante al de las deyecciones.

Para ilustrar el mecanismo de cómo estas asociaciones pueden ser responsables de la repugnancia específica para ciertos alimentos señalo el caso de un enfermo de 18 años a quien trataba por un cuadro angustioso agudo, con somatización cardio-respiratoria. En una de las sesiones de narco-analisis, se produjo la aereación de una experiencia infantil a la que de momento no concedí mayor importancia. Este enfermo, a la edad de 5 años, (época en que los niños han desarrollado ya una repugnancia por las deyecciones), una gallina había penetrado en su alcoba cuando se disponía a tomar el desayuno y había defecado sobre la charola de los alimentos. El enfermo recordaba haber experimentado una gran repugnancia. Una vez recuperado de los trastornos emocionales que habían motivado su tratamiento psicodinámico, el enfermo me comunicó tiempo después, que por primera vez en su vida había podido comer pollo, ya que hasta entonces y en forma inexplicable la sola presencia de pollo en la mesa era capaz de producirle náuseas. La aereación de esta pequeña experiencia había roto una asociación generadora de repugnancia por el señalado manjar, por cierto con muy poca intervención intencionada de mi parte. Ciertamente sabemos poco de las causas por las cuales ciertos individuos forman estas asociaciones con más frecuencia y con más consecuencias que otros.

La tensión emocional excesiva, se experimenta como angustia y es siempre resultante de los conflictos intrapsíquicos del individuo; conflictos que se suscitan a distintos niveles de conciencia, por la interferencia de tendencias antagónicas internas o entre estas tendencias y las fuerzas represoras del ambiente.

Hemos dicho y lo comprueban estudios de W. Alvarez y W. Cannon, y otros, que la angustia perturba el apetito y las fases subsiguientes de la función digestiva. Los niños varían entre sí por su tolerancia a la frustración y por la mayor o menor facilidad con que los conflictos generan en ellos an-

gustia y sus concomitantes, el temor, y la cólera, en forma transitoria o pertinaz.

Tenemos que identificar nuestra mentalidad de adultos a la mentalidad infantil para comprender cómo ciertos problemas interfamiliares, escolares, etc., pueden adquirir en el niño caracteres de suma gravedad. Ciertamente que muchos de estos problemas, problemas inevitables de la vida interpersonal, son transitorios y así sus consecuencias morbógenas son transitorias también. Nos llevaría demasiado lejos el analizar cada una de las posibles situaciones angustiantes en el niño, en sus distintas etapas de evolución. Nos reducimos pues a señalar tan solo las más frecuentes:

Vive angustiado el niño que se siente agobiado por sentimientos de culpa. Niños con un Super Ego rígido y perfeccionista o demasiado literalmente religioso, experimentan culpabilidad sobre situaciones de lo más vanales. Por otra parte, las hostilidades hacia los padres, la masturbación y las experiencias sexuales son con frecuencia causas de angustia por sentimientos de culpabilidad y por lo tanto inhiben el apetito. En ocasiones, los niños sobrecargados de culpa dejan de comer, no por falta de apetito sino como una medida de expiación. Por así decirlo se niegan a sí mismos el placer de saciarse.

El niño cuyos padres viven en desacuerdo permanente, riñen con frecuencia, amenazan con abandonarse, etc., vive angustiado porque teme la pérdida de uno o de ambos de sus seres queridos de los cuales necesita. Una de las manifestaciones comunes de duelo en los niños por la muerte de uno de los padres, es la falta de apetito, de más o menos duración.

El nacimiento de nuevo hermano, va acompañado de un viraje brusco de la atención, en detrimento de los niños mayores. Esto es especialmente común cuando se trata de padres emocionalmente inestables. El niño mayor, se siente abandonado y trata de reconquistar su puesto. Cuando los padres han previamente mostrado demasiada atención a las faltas ocasionales de apetito, el niño recurre automáticamente a no comer. Es cierto que la mayor parte de los niños, pronto aceptan el nuevo hermano, sobre todo cuando los padres sabiamente les asignan el papel de protectores del recién nacido, pero esta adaptación no es tan fácil, cuando el niño previamente se ha sentido inseguro del afecto de sus padres, especialmente si en uno de ellos o en ambos han existido actitudes de rechazo (niños no

deseados). En ocasiones el rechazamiento de alimentos no se debe propiamente a falta de apetito, sino es una actitud de protesta enteramente equiparable a las huelgas de hambre, para coaccionar a los padres a hacer ciertas concesiones. Un caso de este tipo, de larga duración es citado por F. Dumber.

El psico-análisis de niños y de adultos en cuya historia infantil hubo problemas de alimentación, ha proyectado alguna luz sobre los mecanismos en juego en ciertos casos particularmente oscuros.

Durante la lactancia, es probable que no exista todavía el apetito, sino tan sólo el hambre, en la forma de tensión desagradable, cuya cesación es placentera. Es bien sabido que el comer y el succionar, se asocian en la mente del niño durante algún tiempo y la boca es la zona erógena por excelencia. Aunque posteriormente otras zonas del cuerpo y otras funciones sean la principal fuente de placer, la boca conserva para el resto de la vida del individuo su calidad de instrumento de placer erótico como queda evidenciado en el beso. En las fantasías del niño, la boca juega un papel muy importante. Se trata de fantasías canibalistas, de incorporación del objeto amado, y de fantasías de prácticas sexuales, objetables, que conforme al super-ego se fortalece, suscitando sentimientos de culpa, son reprimidos. Esta represión puede transferirse a distintas fases de la función alimenticias y dar por resultado la inhibición del apetito. Ferenci ha encontrado en algunos niños por él analizados, que la anorexia era consecuencia de fantasías de Felacio. En algunas niñas, la anorexia ha estado en relación con deseos subconscientes de impregnación (de acuerdo con la común teoría en los niños de que la impregnación se lleva a cabo por vía oral). En apoyo de estas hipótesis, asociados a sentimientos de culpa se señala el hecho de que algunas adolescentes son totalmente incapaces de comer en presencia de individuos del sexo masculino especialmente cuando se trata de algún joven hacia el que se sienten sexualmente atraídas. Estos últimos mecanismos son siempre subconscientes y su exteriorización y corrección es sólo posible mediante el tratamiento psico-analítico.

INVESTIGACION DEL PROBLEMA.

El pediatra, debe avocarse al estudio de cada caso de anorexia crónica, con una definida actitud psico-somática. Tan incorrecto

es concretarse a una exploración de la vida emocional del niño, como omitir la anamnesis organogénica y el examen clínico cuidadoso.

Es importante no perder de vista que la existencia de un factor psicológico, no excluye la de otros ni mucho menos de elementos somáticos. Es lo más frecuente en la práctica, que sean varias las causas que convergen en la determinación del trastorno. Un niño puede tener las amígdalas hipertroficadas y su anorexia depender más directamente de los problemas conyugales de sus padres. Un niño emocionalmente desajustado puede tener áscaris y esto ser más directamente responsable de su anorexia. Además, un problema de alimentación cuya causa fué en principio física, puede convertirse a la larga en un problema con importantes implicaciones psicológicas, y todo problema emocional no deja de repercutir en el estado físico general o el local de algún órgano o sistema.

Por otra parte no hay que olvidar que anorexia psíquica, no es sino un síntoma neurótico, es decir, una manifestación externa de desajustes de la personalidad, y por ello rara vez se presenta como un síntoma aislado. Cuando se interroga intencionalmente, otras manifestaciones orgánicas y otros síntomas y rasgos neuróticos, tales como terrores nocturnos, insomnios, enuresis, "berrinches frecuentes", conducta agresiva o dependencia extrema, son puestos de manifiesto.

En cada caso de anorexia crónica en que se sospeche que factores psicológicos sean parcial o totalmente responsables, los siguientes puntos de vista deben ser investigados por el pediatra:

I.—Si presenta el niño otros síntomas o rasgos neuróticos, como los que hemos señalado, y si ha sido el niño previamente problema de alimentación.

II.—Si existe relación temporal entre la iniciación del problema y situaciones emocionales traumáticas.

III.—¿Cuál es la actitud de la madre y del padre ante el problema, y cuáles los medios que han sido empleados en su corrección? ¿Han éstos mejorado o agravado la situación?

IV.—Si ha habido un método seguido en el tratamiento alimenticio del niño, si el paso de una fase a otra ha sido hecho en forma gradual o forzada, etc.

V.—¿Cuál es el ambiente que rodea a las comidas? ¿Es la situación a tales horas

emocionalmente cargada? ¿Se utiliza como castigo el privar al niño de los alimentos?

VI.—¿Han sido o son los padres u otros miembros de la casa problema de alimentación?

VII.—¿Cuál es la actitud general del padre o de la madre hacia el niño? (Perfeccionista, dominante, antagonista, indulgente o consentidora).

VIII.—Si existen entre los padres divergencias o conflictos de particular gravedad, ¿son éstos exteriorizados y discutidos ante el niño?

IX.—Si existen en la situación familiar, comunal y escolar del niño situaciones angustiosas, ¿cómo se enfrenta el niño habitualmente a sus problemas?

X.—Si ha mostrado el niño conducta abiertamente sexual, (masturbaciones, exhibicionismo, etc., o sufrido asaltos), ¿cuál ha sido la actitud de los padres ante estas circunstancias?

La información recibida en el curso de la entrevista con los padres pueden entonces utilizarse en una investigación directa con el niño que sólo es posible tratándose de niños capaces de verbalizar sus problemas. Específicamente nos interesa conocer sus puntos de vista, las explicaciones que dá acerca del problema, su situación y actitud en relación con sus padres, sus hermanos y la escuela. La esfera sexual del niño debe también ser investigada directamente. Todo esto requiere un lenguaje adecuado, habilidad y cautela. En niños menores sus conflictos sólo pueden ser exteriorizados mediante técnicas indirectas, tales como el análisis del juego, de la expresión artística, etc.

TRATAMIENTO

Partimos del principio general de que hay que tratar a la persona y no al síntoma. Contentarse con prescribir a un niño anoréxico un estimulante de la mucosa gástrica es tanto como prescribir atropina y restricción de líquidos para contener el llanto. Algunos casos y especialmente los que corresponden a la fase de negativismo terminan

por corregirse por sí solos y otros niños anoréxicos se recuperan espontáneamente cuando su personalidad se reajusta por circunstancias fortuitas. Muchas veces el simple cambio de ambiente, aislando al niño de la situación morbógena, pueden culminar con la recuperación del apetito, pero un número considerable de casos son rebeldes y su único tratamiento racional es la psicoterapia dinámica. Esta psicoterapia puede y debe ser llevada a cabo por el pediatra informado de la psico-patología infantil. Sólo los casos muy severos requieren ser manejados por el psiquiatra, especialmente cuando una vez hechos todos los intentos de manipulación del ambiente y de cambio de actitudes en la unidad funcional niño-padres, el síntoma persiste o coexiste con rasgos neuróticos pronunciados en la personalidad del niño.

Una vez precisados los mecanismos y situaciones sospechosas de ser las responsables, es necesario contar con la cooperación absoluta de los padres y demás personas de la casa que jueguen un papel significativo en la vida del niño. No hay que olvidar que niños pequeños o demasiado inhibidos no son suficientemente receptivos para una psicoterapia directa, y que las recomendaciones, exordios y amenazas no son sino una repetición de lo que el niño oye todos los días, y que sólo contribuyen a aumentar su tensión y a fijar el síntoma. Esta actitud crítica y fiscalizadora es anti-psicológica.

Algunas medidas que obran por sugestión, pueden dar de inmediato resultados, pero la sugestión es simplemente un paliativo de escaso valor permanente. La psicoterapia de grupo es de una utilidad definida en el tratamiento de las neurosis infantiles cuando los factores constitucionales no ocupan el primer plano. En un grupo de niños tratados por nosotros mediante la técnica combinada de psicoterapia colectiva e individual, anorexia entre otros variados síntomas neuróticos estaba presente. En los casos en los que el tratamiento tuvo éxito la recuperación del apetito acompañó a la desaparición de otros síntomas y rasgos neuróticos.

Consideraciones sobre el Tratamiento de la Epilepsia Infantil.

Dr. Manuel Camelo*.

Cuando nos consultan respecto a un niño que padece de crisis convulsivas es frecuente que se nos pregunte: "Doctor, sanará mi hijo?" Esta es una de las preguntas más difíciles de contestar en el momento actual. La respuesta requiere gran prudencia de parte del médico, pero se ha podido comprobar que una actitud clara y franca, satisface más al que tiene un enfermo con convulsiones, que respuestas evasivas o promesas formales de una curación. Así, es menester interiorizar a un individuo con convulsiones, de la naturaleza de su mal en la forma más objetiva y veraz posible, y expresarle el criterio de su pronóstico, del que no quedará defraudado, sino por el contrario, estimulado, en el curso de un tratamiento racional.

Si bien hay casos en la literatura de curas espontáneas, no es posible hablar de la curación clínica natural, de un estado convulsivo. El enfermo debe saber que bajo una medicación adecuada está libre de ataques convulsivos y que a medida que pasen los años, los ataques tenderán espontáneamente a reducirse en frecuencia y número, y que eventualmente, después de un período de años, cuya duración no se puede anticipar, podrá considerarse clínicamente curado.

El criterio de curación del epiléptico tiene que estar supeditado al control electroencefalográfico y a la ausencia de crisis convulsivas bajo una medicación adecuada. Es aconsejable la obtención de electroencefalogramas dentro de la semana y después del mes de ocurrida la convulsión. Si no se han repetido las convulsiones, se aconseja obtener un registro 5 ó 6 años después.

La ciencia, así como ha ganado otras batallas, está en camino de ganar la batalla de la epilepsia, y las perspectivas de hoy son mejores que las de hace pocos años.

El aporte de la ciencia ha sido extraordinaria en estos últimos años. El conocimiento del mecanismo de producción de las convulsiones; el perfeccionamiento de la electroencefalografía, que permite un diagnóstico adecuado y un pronóstico evolutivo; la química de las drogas anticonvulsivantes, cada día más complicada y cada día más eficaz; la cirugía de algunas formas clínicas, son sólo algunos de los aspectos de sus progresos.

El pronóstico del epiléptico está íntimamente ligado a los esfuerzos de la ciencia,

pero también a la actitud del médico, de la familia y del medio social.

El tratamiento de la epilepsia infantil es absolutamente individual porque en realidad no existe tratamiento de la epilepsia sino del epiléptico.

Lo primero que debe impresionar el ánimo del médico es que en materia de epilepsia infantil, los modernos recursos de la terapéutica y sobre todo un planteo integral del problema, permiten en una gran mayoría de los casos obtener un suficiente control de las crisis como para que el epiléptico deje de ser un inválido y un postergado social.

Sin embargo el pediatra debe alejar de su ánimo la idea de que las drogas son suficientes para el éxito: sin negarle nada de su valor real y psicológico ocupan en realidad el tercer término en el planteo racional del tratamiento. Con frecuencia, el médico que observe largamente al niño, encontrará que la misma droga que fué ineficaz en grandes dosis en un principio, parece ser muy útil en proporciones mucho menores más tarde, cuando los factores generales del tratamiento han comenzado ya a actuar. Otra causa de error en la valoración de los medicamentos radica en que toda epilepsia infantil presenta espontáneamente períodos de remisión, alivio y mejoría, por lo que para poder afirmar la real utilidad de un medicamento es necesario una larga observación y un ánimo dispuesto a las rectificaciones que imponga la realidad.

Tampoco cabe la menor duda de que es el pediatra quien debe dirigir, vigilar y mantener el tratamiento del niño epiléptico: el psiquiatra y el neurólogo pueden, sí, aportar consejos e indicaciones oportunas, pero es el médico de los niños, como médico de la totalidad del ser en evolución y sobre todo como interiorizado del medio familiar, quien posee y maneja las múltiples claves que deben ser movidas para alcanzar el éxito terapéutico.

Tres planteos integran el tratamiento: el psicopedagógico social, el físico o somático y el medicamentoso.

TRATAMIENTO PEDAGOGICO.

Se trata, en definitiva, de un planteo de "higiene mental" que corresponde al niño

* Profesor de la Universidad de Nuevo León.

en sí y a la familia y mundo circundante. Lo primero es construir una actitud mental sana frente a la epilepsia. El médico verá si pronuncia o no tal palabra: pienso que ella obliga a una mayor responsabilidad e impone mayor conciencia: naturalmente que debe ser explicada claramente en todos sus alcances e implicaciones o sea: 1) que la epilepsia sólo significa descarga del sistema nervioso; 2) que no involucra concepto alguno de degeneración o decadencia; 3) que es una enfermedad controlable siempre que se disponga de un estudio completo, y de una observación suficiente; 4) una colaboración total a las directivas del tratamiento.

En el planteo psicopedagógico gran parte corresponde a la familia. Es necesario que el niño, cualquiera que sea su edad, no esté rodeado en un ambiente de angustia y ansiedad; lo primero que hay que abolir en el medio es la sensación de horror a las crisis. Es habitual oír de los padres y madres, con angustia, la exigencia que lo primero y necesario es que el niño no vuelva a tener otro ataque y aun añaden "cueste lo que cueste". Es necesario explicarles muy bien que el ataque en sí mismo no implica riesgo de vida, que en la mayoría de los casos pasa solo, sin cuidados exagerados, y que más útil que enloquecerse ante él pidiendo auxilio a diestra y siniestra o aplicando y haciendo aplicar calmantes que, en definitiva lo que más hacen es intoxicar al enfermo sin beneficio real, es que observen con atención y serenidad las circunstancias y detalles de la crisis, que darán, transmitidas al médico, seguras vías de diagnóstico y tratamiento.

Un ambiente de serena cooperación y de franca comprensión es de toda necesidad para el niño epiléptico, una madre o un padre ansiosos deben ser considerados como espinas epileptógenas y en caso extremo separados del enfermo. Se nota mejoría en los epilépticos internados ya que el ambiente diferente del hospital contrasta con la ansiedad familiar. Con todo debe tenerse muy en cuenta lo que el contacto con el niño epiléptico significa para la familia, atendiendo su higiene mental, en especial la madre debe disfrutar sistemáticamente de vacaciones, distracciones y lugares de recreo fuera del hogar. En cuanto a los hermanos el problema no debe serles ocultado y es necesario obtener de ellos una actitud colaborante y serena pero del todo libre de piedad o compasión.

No debe escaparse que actualmente se hace que caiga sobre las familias, en las que

hay un epiléptico, una sospecha de degeneración, esa actitud cambiará poco a poco con el progreso de la cultura, de momento puede significar un problema que perturbe la buena higiene mental del epiléptico ya que los prejuicios familiares tienden a mantenerlo escondido. Cada vez, el médico debe revisar leal y comprensivamente esta situación, buscándole una salida honorable y justa, no siempre fácil de encontrar.

Otro factor que el médico debe tener muy en cuenta es el variable humor y las irregulares reacciones que frente a él suelen tener tanto los niños epilépticos como sus familiares cuando las cosas no marchan a la perfección o se tarda en obtener el dominio de las crisis; recuérdese que la epilepsia suele ser una condición hereditaria y que el padre o la madre de un niño epiléptico tienen grandes probabilidades de ser ellos mismos si no epilépticos, disrítmicos corticales.

Con respecto al niño, dos problemas se presentan: 1) Dominar las crisis, 2) Fortalecer su carácter frente a su propia inferioridad y como ser humano común.

El niño epiléptico entra en dos de las categorías de Adler: el minorvalorado y el sobreprotegido, no es pues, nada raro, que poco a poco se transforme en un neurótico y busque en la enfermedad la fuga de su situación.

Se puede afirmar que en tanto el médico no consiga salvar esta cuestión previa, le será muy difícil tratar satisfactoriamente las crisis. La tendencia común de las familias la lleva a sobreproteger al niño epiléptico y a evitarle experiencias. Por otra parte es común que, a nombre de un no bien aclarado "reposo nervioso" se aparte al niño de toda obligación escolar. Se cae en las habituales normas de la sobreprotección; se le viste, peina, calza, arregla y conduce pasivamente. Se le da de comer en la boca, y se le conceden todas las exigencias con tal de que coma. Con el falso temor de que el enojo puede desatar una crisis no se le permite que lllore, grite o se enfade con lo que se le pone en óptimas condiciones para hacer de él un niño tiránico. Si todo esto encuentra fácil explicación en la sentimentalidad corriente, no es sino gravemente perjudicial para el pequeño epiléptico. El médico debe establecer con firmeza las normas que determine el manejo del niño y sobre todo, vigilar que se cumplan, es en este aspecto en el que con más frecuencia el médico es burlado tanto porque las familias encuentran cruel no ceder a su sentimentalismo cuanto por-

que no alcanzan a comprender que las medidas indicadas tengan nada que ver con los ataques.

El médico debe establecer que el niño se vista, peine, bañe y sirva solo. El niño epiléptico debe también hacer mandados, manejar su dinero, tener pequeñas responsabilidades caseras y si está en edad escolar ir a la escuela si las crisis están controladas por la medicación o seguir en su casa estudiando regularmente, con plena responsabilidad y cumpliendo con sus tareas, si no lo están. Es conveniente que concurra a un club donde haga gimnasia de conjunto. La aplicación a este tipo de actividades está regulada por el estado general del niño y por su rendimiento intelectual y no por la epilepsia en sí.

La prevención de una personalidad epiléptica, debe iniciarse desde la infancia y continuarse a través de toda la vida del individuo. Ella sólo podrá lograrse mediante una educación y una humanización de los conceptos de esta enfermedad.

El niño epiléptico comienza a sentir el impacto de las frustraciones, las fobias, la ansiedad, el temor, la protección exagerada desde que tiene uso de razón. Las escuelas no los reciben y su educación está limitada muchas veces a la acción familiar y a las posibilidades económicas.

Basta que se divulgue la enfermedad de un individuo, para que sea despedido de su empleo o para que se le niegue una actividad productiva. Todos esos factores externos van determinando la configuración de una personalidad que tiende a retraerse y alejarse de la realidad, centralizándose en sí misma. El proceso de los fenómenos de introversión puede conducir a lo que es conocido como personalidad epiléptica, que puede evitarse con una higiene mental adecuada que cubra todos los aspectos negativos que acabo de mencionar.

Un débil mental con convulsiones, no es un epiléptico y un epiléptico con mentalidad normal, en un medio adecuado será un individuo útil a sí mismo y a la sociedad.

La divulgación de estos conceptos y la educación del público médico y del público profano, permitirán el reintegro a la sociedad de este gran sector de nuestros semejantes.

TRATAMIENTO SOMÁTICO.

Además del aspecto psíquico es necesario cuidar al extremo la buena salud general del niño epiléptico, teniendo sumo cui-

dado de no rodearlo de una atención que a fuerza de minuciosa resulte meticulosa.

El niño epiléptico debe realizar una vida físicamente activa: la actividad se muestra clínicamente como antagonista de las crisis; es necesario conseguir que las descargas si no son del todo controladas no impidan una actividad física real. La gimnasia respiratoria es esencial pero debe ser iniciada con cuidado pues la relativa alcalosis que determina la hiperventilación puede ser causa de crisis. Temple Fay ha hecho de la gimnasia de este tipo un tratamiento predilecto sobre bases teóricas y experiencias muy respetables y sugestivas; además de la gimnasia sueca o el masaje, el pequeño epiléptico debe realizar juegos gimnásticos de conjunto: marchas, carreras, foot-ball, etc. La equitación, la natación y el remo, sólo serán aconsejados con especial elección del caso y con compañeros adecuados expertos y vigilantes. Las caminatas por el campo son un excelente medio de ejercicio siempre accesible para cualquier fortuna. Si el niño por el número de crisis puede salir poco de la casa, será necesario darle en ella tareas que lo interesen realmente, jardinería, cuidado de aves, carpintería, etc., el niño debe realizar estos trabajos en serio y con regular dedicación. De cualquier manera todo ello debe hacerse evitando la sobrefatiga; el sueño nocturno y aún una pequeña siesta estarán asegurados. El régimen alimenticio debe ser adecuado, normal para la edad del niño, sin más restricciones que las circunstancias especiales pudieran indicar en cualquier niño. Es común que la coincidencia de descargas con síntomas digestivos de causa diencefálica determine en la mentalidad común y aún en la del médico la idea de cierta culpabilidad del aparato digestivo y que ello determine la indicación de restricciones alimenticias cuando no de regímenes francamente carenciales, que sin alcanzar ninguna influencia sobre las crisis sólo repercuten perniciosamente en el estado general del niño. Generalmente es la mala administración de los alimentos y no su calidad la culpable de los trastornos que les son atribuidos.

Con frecuencia los niños epilépticos son constipados, ello se debe o bien a un régimen pobre en residuos, o al sedentarismo, o bien a los medicamentos, pero también a los trastornos de conducta del niño dentro de los cuales la eliminación intestinal juega tan importante papel. Los enemas laxantes y supositorios deben ser prohibidos, pues centran la atención del niño sobre sus funciones o

sus deficiencias; la regularidad en la evacuación intestinal se obtendrá con un régimen rico en residuos, la actividad muscular y en caso necesario con el masaje y la gimnasia abdominal; en casos rebeldes se recurrirá con prudencia a los lubricantes. La constipación del niño es casi sin excepción fruto de un error higiénico.

Se hace necesario en el niño epiléptico más que en cualquier otro, corregir todas las anormalidades orgánicas y focos sépticos de probada nocividad. Los parásitos intestinales serán investigados periódicamente y eliminados sin que ésto implique de ninguna manera admitir específicamente en ellos la posibilidad epileptogénica que, no existe sino en cuanto perturba el estado general poniéndolo en inferioridad de condiciones; producen trastornos digestivos, dolores abdominales, urticarias y pruritos que impiden la buena alimentación y el buen reposo tan necesario al pequeño epiléptico. Ningún médico serio ha visto curarse una epilepsia con un vermífugo los llamados cuadros "epileptiformes" descritos en las parasitosis no pasan ser signos de intoxicación general (mareos, vértigos, lipotimias), aumentados a veces por temperamentos neuropáticos pero que jamás pueden ser confundidos con epilepsias verdaderas, si se ejercita un estudio serio.

Las amígdalas y adenoides infectadas, los focos sinusales, serán eliminados. En lo que hace el apéndice como causa focal es preciso ser muy cauto, las descargas diencefálicas simulan crisis abdominales que corren riesgo de ser confundidas con cuadros de fosa iliaca derecha. La dentadura debe ser muy bien vigilada en todo niño epiléptico así como los menores trastornos endocrinos. A este último respecto es necesario hacer una observación importante: el uso de extractos hipofisarios es capaz de determinar en los niños descargas epilépticas sin duda por vías de excitación diencefalo-hipofisaria; es un dato que debe tenerse muy en cuenta y que exige nuevas investigaciones.

También hay que anotar la indiscutible influencia epiletógena de las sulfamidas y de la penicilina que deben ser cautamente empleadas en los pequeños epilépticos; ello indica también la necesidad de eliminar los focos sépticos para evitar la necesidad repetida del tratamiento con estos antibióticos. Del mismo modo que el equilibrio psíquico es la base fundamental y necesaria para el buen tratamiento del niño epiléptico, su bienestar orgánico es fundamento de seguridad y continuidad en la acción medicamentosa.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Varios medicamentos son útiles en el control de las descargas epilépticas. Estas drogas, a las que se irán agregando otras nuevas, por obra de la investigación, constituyen un arma poderosa, justo orgullo de la ciencia y abren, ya en buena parte recorrido camino de esperanza, para el porvenir del niño epiléptico.

Cada enfermo tiene su droga, su dosis o combinación de drogas y sólo el prudente tanteo y la cuidadosa observación pueden establecerlo fundadamente. Todas las drogas que en un gran número de enfermos actúan positivamente, son capaces en otros casos de producir efectos contraproducentes aumentando el número de descargas. El médico debe tener muy en cuenta y advertir esta posibilidad de empeoramiento al principio del tratamiento por él mismo indicado, pues de otro modo arriesga perder su crédito ante lo que aparece claramente como un fracaso inicial. Debe ser advertida la familia que sólo merced a repetidos ensayos y a prudentes ajustes y reajustes se logrará la dosis útil. Para ello es necesario que el médico disponga de una anotación de las horas, tipo e intensidad de las crisis; este apunte debe ser llevado en una libreta y no en hojas sueltas; gracias a él el médico verá el efecto de sus medicamentos y en caso de regularidad horaria podrá administrarlas de acuerdo al ciclo de mayor acción.

Por otra parte la libreta constituye un testimonio de enorme valor psicológico cuando las cosas marchan bien. A veces la ubicación exacta del caso dentro de la dosis medicamentosa exige meses de atenta observación. Sin embargo el médico debe ser cauto en la valoración del efecto de las drogas; la epilepsia es una enfermedad irregular en sus manifestaciones y por lo tanto sujeta espontáneamente a remisiones, calmas y períodos silenciosos; no debe suponerse que un medicamento es realmente efectivo sino tras larga observación.

De un modo general las drogas que actúan sobre el gran mal resultan excitantes para el pequeño mal y viceversa, de donde los casos en que coinciden en el pequeño enfermo ambas situaciones son los más difíciles de tratar, pues resulta engorroso ajustar exactamente la cantidad de drogas que debiendo darse simultánea o coincidentemente son en cierto modo antagonistas en sus efectos clínicamente traducidos.

¿Cuál es la dosis útil? La dosis útil es aquella que evita la producción de crisis sin

determinar efectos nocivos. Con esto queda establecido que la dosis se determina cada vez clínicamente y no hay otra regla. De un modo general la cantidad de droga que pueden soportar los niños epilépticos es muy grande y no hay que ser tímidos ante ella. Dar una cantidad cualquiera mínima de tal o cual droga no es tratar la epilepsia, es hacer medicina imprecisa y desacreditar en el ánimo del público substancias muy nobles y ánimo del público substancias muy útiles.

¿Cuánto tiempo deben darse las drogas antiépilépticas? Es una cuestión que requiere un concepto claro; con frecuencia se tiene tendencia a abandonar la medicación luego de algunos meses sin crisis; lo dicho sobre la fisonomía clínica de la enfermedad revela lo inoportuno y peligroso de esta tendencia. En principio la droga debe administrarse indefinidamente (por años y años), su retiro debe ser muy paulatino y prudente y en rigor sólo el control electroencefalográfico puede dar un criterio de certidumbre. La cesación brusca de la droga determina casi siempre agudizaciones del cuadro; cuando se deba reemplazar un medicamento por otro, se darán progresivamente las dosis en el curso de una semana que es, en términos generales, lo que tarda el organismo en estar saturado de los medicamentos antiépilépticos.

Este planteo obliga a contemplar dos situaciones: la primera es la necesidad de tener siempre un pequeño depósito de medicamentos para precaver su falta ocasional en el mercado; la segunda determinar previamente el costo de la droga y establecer la posibilidad de soportar económicamente ese gasto continuo. De otro modo es preferible no iniciar un tratamiento que no podrá ser mantenido. Los medicamentos que se muestran útiles para el gran mal son los hidantoinatos, los barbitúricos y los bromuros y no tienen acción alguna sobre el pequeño mal, para el que no deben ser ensayados porque con frecuencia muestran sobre él acción contraproducente, salvo casos excepcionalísimos. El tridione es hasta la actualidad el único medicamento del pequeño mal y no debe ser ensayado para el gran mal.

El ácido glutámico no es, en sí, un calmante de las descargas sino un activador del metabolismo de la célula nerviosa.

No se deben usar medicaciones compuestas que el comercio ha lanzado con criterio difícil de precisar; el médico debe iniciar su tratamiento con drogas puras e ir buscando las dosis útiles y las adiciones necesarias que den en cada caso la suma requerida así como la distribución horaria; ella no puede

ser jamás obtenido con una pastilla que trae de fábrica una suma fija de compuesto a nombre de una apriorística sinergia medicamentosa. Repito, el tratamiento de la epilepsia es individual.

De modo general el tratamiento del gran mal será iniciado con hidantoinatos, si éstos producen agravación ésta se observa de inmediato, si la dosis no es suficiente se le irá aumentando poco a poco hasta alcanzar el efecto deseado o la intolerancia. Si hay agravación se pasará a los barbitúricos mediante la administración progresiva, muy lenta, pudiendo entonces resultar que en un momento de ésta se alcance el efecto deseado; control de las crisis sin efectos tóxicos, quedando así constituida la combinación útil. Otras veces será necesario llegar a la substitución total de una droga por otra. Nada hay en la clínica que pueda hacer prever cuál será la droga o cuál la dosis, pero no hay relación entre la intensidad aparente de la descarga y la cantidad de medicación necesaria para dominarla; con frecuencia la droga no empieza a actuar hasta que los factores de higiene general física y psíquica no han sido bien establecidos, ello explica el hecho nada raro de que las dosis que en un principio se muestran inoperantes, resultan útiles y aún puedan ser disminuidas más tarde cuando el tratamiento ha sido iniciado de una manera amplia.

De un modo general, las crisis de pequeño mal son más difíciles de tratar aunque dado su gran número por día el efecto de la droga es más fácil y notorio de comprobar.

Cuando un medicamento no ejerce una acción clara, anotada numeralmente y bien objetivada sobre la intensidad o la frecuencia de las crisis, su administración debe suspenderse.

El efecto sobre las crisis no es el único criterio de guía: cuando un medicamento es realmente eficaz además de controlar las descargas, ejerce beneficiosa influencia sobre el estado general, el rendimiento intelectual y el carácter del niño epiléptico, observación valiosa pero que no implica que la mejoría se deba a la acción del medicamento en sí o a la cesación de las crisis y con ella de sus efectos nocivos sobre el organismo en general y el sistema nervioso en particular.

Citar todos los productos farmacéuticos recomendados para el tratamiento de la epilepsia, resultaría confeccionar una extensa lista que además de carecer de interés complicaría al médico práctico.

ELECTRO-EXCITACION CORTICAL

Aparato "Reiter"

Dr. Manuel Marín Foucher. *

En el Congreso Psiquiátrico Internacional celebrado en Suiza en 1937. Cerletti y Bini mencionaron la posibilidad de utilizar aparatos eléctricos para provocar estados convulsivos en los enfermos mentales. El objeto era modificar y simplificar la técnica del Dr. L. Von Meduna, que administraba inyecciones intravenosas a base de Metrazol, con el fin de curar los síndromes esquizofrénicos. Las observaciones clínicas han revelado que este tipo de tratamiento no es muy eficaz en las esquizofrenias; en cambio, tiene magníficos efectos terapéuticos en las psicosis afectivas.

Las perspectivas del nuevo tratamiento despertaron el interés de todos los psiquiatras— exceptuando a la mayoría de los psicoanalistas— y un gran número de investigadores se esforzaron en perfeccionar los aparatos de electrochoque. Unos siguiendo los modelos clásicos y otros aplicando nuevas formas de corriente eléctrica.

Actualmente existen numerosos modelos. Todos conservan las características del aparato originado por los italianos, es decir, emplean la corriente alterna— con algunas excepciones —con una frecuencia de 60 ciclos y disponen de un voltímetro —o de un amperímetro— para graduar el potencial usado. Un reloj graduado en décimas de segundo controla automáticamente el tiempo durante el cual la corriente pasa a través del enfermo. Algunos aparatos poseen un potenciómetro de bajo voltaje para medir la resistencia del individuo. Los aparatos más modernos lo han excluido, porque la mayoría de los psiquiatras están de acuerdo en que no es indispensable medir la resistencia individual.

Con un alto voltaje y un mínimo de tiempo, estos aparatos provocan convulsiones intensas, ocasionando a veces complicaciones serias, principalmente fracturas y compresiones vertebrales.

Esto ocasionó que algunos investigadores trataran de hallar la manera de producir convulsiones sin la misma intensidad y riesgos. De aquí que en 1938 los doctores en medicina Emerick Friedman y Paul H. Wilcox, y el doctor en ciencias Reuben Reiter, inicia-

ran sus investigaciones en animales, sobre los efectos convulsivantes de la corriente "unidireccional". Desde ese año a la fecha el equipo empleado ha sido sometido a constante revisión. En la actualidad muchos investigadores, y psiquiatras en su consultorio particular, usan este tipo de aparato que el Dr. Reiter llama "Número 1", para diferenciarlo de los tipos "2" y "3", cuyas características y técnicas son diferentes. El primer modelo se construyó en 1939; después vinieron los modelos de 1940, el tercer modelo CW de 1942 y el cuarto y último modelo CW46J actualmente en uso.

El modelo CW46J (Electro-Stimulator Reiter) proporciona una corriente "unidireccional" constituida por una serie de pulsaciones, en forma de picos aguzados, de 35 por segundo. Se presentan en grupos de 2 á 6 y amplitud de 1 á 500 miliamperios. Los picos de mayores dimensiones ocurren aproximadamente diez veces por segundo.

El aparato consta de una caja de nogal muy bien pulida, con cerraduras doradas y un peso total de 10 kilos. Tiene una longitud de 38 cms., 28 cms., de ancho y 18 cms., de altura:

La caja está dividida en dos partes: la izquierda contiene todos los elementos eléctricos y la del extremo derecho, de menor tamaño, consiste en una gaveta de 28 cms. de longitud, 5 cms., de ancho y 12.50 cms. de altura, que contiene:

- a) Un cordón negro unido al aparato, que se conecta en el momento del tratamiento con cualquier contacto de la luz eléctrica. De forma espiral, elástico y aumenta su longitud según las necesidades del caso.
- b) Dos bandas de hule —de 3 cms., de ancho cada una y 60 cms., y 82 cms., de longitud respectivamente— para sostener los electrodos.
- c) Un cordón insertado en el aparato, cuyo extremo distal se une con un soporte de baquelita negra, que contiene semi-incluido un botón metálico de forma oblonga ("Switch" de tratamiento). El cordón es lo suficientemente largo para que

* Institut of Living Hartford Connecticut.

el botón pueda ser comprimido manualmente e con el pie.

- d) Un cordón subdividido en sus extremos en dos delgados cordones negro y blanco respectivamente. Los dos superiores terminan en dos pequeños contactos metálicos —con envoltura de material sintético— de forma cilíndrica alargada, que se insertan según su color en la porción inferior del tablero. Los cordones inferiores se unen por medio de dos pequeñas pinzas metálicas con los electrodos aplicados a la cabeza del enfermo.
- e) Dos tipos de electrodos: I. Los metálicos, hechos de una lámina muy fina de cobre y níquel, de 2 cms., por 3 cms., de superficie, que se cubren con pasta electrolítica antes de aplicarlos al enfermo. II. Los electrodos circulares, de 2.5 cms., de diámetro, están hechos de material sintético suave y absorbente. No requieren pasta electrolítica, sino humedecerse en una solución débilmente concentrada de cloruro de sodio. Se exprimen uno en contra del otro para desalojar el líquido sobrante.

El tablero de tratamiento se extiende del extremo izquierdo de la caja a la pared izquierda de la gaveta. Se divide virtualmente en nueve partes:

- a) En la parte superior media se destaca el "Miliamperímetro" con dos escalas de diferente graduación, que dependen de la posición en que se encuentre el "Indicador" de la parte media izquierda. La escala superior, de bajo potencial, proporciona hasta 20 miliamperios de intensidad. La escala inferior, de alto potencial, suministra un maximum de 80 miliamperios.
- b) La parte central circunscribe la carátula del reloj marcador de tiempo. Cada vuelta completa de la manecilla corresponde a un período de 15 segundos y cada división representa 1 segundo.
- c) En la parte inferior media se encuentran dos pequeños orificios negro y rojo respectivamente, donde se introducen de acuerdo con el color, los electrodos del cordón que une el aparato con la cabeza del enfermo. El rojo corresponde al polo positivo y el negro al negativo.
- d) En la parte superior izquierda está el "Selector" de la posición.
- e) La parte media izquierda contiene el "Indicador" de la intensidad de la corriente, que puede ser de alto o bajo potencial.
- f) En la parte inferior izquierda hay un pe-

queño switch metálico que conecta el aparato con luz del alumbrado.

- g) En la parte superior derecha está el "Regulador" de la corriente. Dede girarse siguiendo la dirección de la flecha para aumentar la intensidad de la corriente.
- h) En la parte media derecha se encuentra un "Botón" cuya posición determina si solo se está graduando la dosis de corriente eléctrica que se va a suministrar (izquierda), o si el enfermo está realmente recibiendo la corriente (derecha).
- i) En la parte inferior derecha hay un pequeño foco que indica si el aparato está listo para ser operado.

El aparato es complicado solo en apariencia. En muy corto tiempo se adquiere con facilidad la habilidad necesaria para ejecutar automáticamente los cambios requeridos. Se conecta con cualquier contacto eléctrico de 115 voltios (60 ciclos) de corriente alterna. Un transformador especial la convierte en corriente "unidireccional". La cantidad de miliamperios que se va a usar para iniciar el tratamiento se gradúa cambiando el "Botón" a la posición marcada con la palabra "Probador". Se comprime manualmente, o con el pie, el "Switch" de tratamiento, se gira el "Regulador" y se hace la lectura en el "Miliamperímetro". A continuación se coloca el "Selector" en la "Posición 3", teniendo particular cuidado de que el "Indicador" esté en la zona de bajo voltaje. El alto voltaje se usa para obtener resultados semejantes, aunque no tan severos, a los observados con los aparatos de corriente alterna. Su empleo es innecesario; solo en casos de emergencia —circuito de bajo potencial descompuesto— debe usarse por corto tiempo.

La flecha marcadora del tiempo se coloca manualmente en la posición "O"; se desplaza automáticamente de izquierda a derecha cuando la corriente eléctrica fluye a través del circuito. En seguida se aplican los electrodos a la cabeza del enfermo, el "Botón" se gira hacia la posición marcada con la palabra "Tratamiento" y, finalmente, se comprime el "Switch" de tratamiento.

El enfermo debe recibir la misma intensidad de corriente que la determinada durante el período probatorio si los electrodos hacen un buen contacto con su cabeza. Cuando el contacto es defectuoso, la falta de corriente puede ser compensada durante el tratamiento girando el "Regulador". Esta técnica no es la ideal. De acuerdo con algunos médicos es mejor evitarla, determinan-

do con exactitud la dosis mínima adecuada para el paciente.

Para tener la certeza de que el aparato está en buenas condiciones, es necesario examinar sus diferentes partes. Con este objeto se gradúa la corriente, 2 miliamperios de intensidad, y se coloca el "Botón" en la posición de tratamiento. Los electrodos se ponen en contacto con sus respectivas superficies y se comprime el "Switch" de tratamiento para hacer pasar la corriente a través del circuito así formado. Sabremos que el aparato funciona correctamente si el "Miliamperímetro" indica el paso de la corriente. En caso contrario, el "Botón" debe cambiarse a la posición marcada con la palabra "Probador"; si la corriente pasa significa que existe una interrupción en algún punto del cordón. Lo más probable es que ocurra en el alambre, cerca de su punto de inserción con los electrodos.

Al terminar los tratamientos los electrodos metálicos y las pinzas que los sostienen deben lavarse con agua caliente para remover la pasta electrolítica adherida. Los electrodos impregnados de la solución salina deben enjuagarse en agua corriente para disolver la sal acumulada.

Aunque se considere superfluo creemos oportuno indicar que al terminar los tratamientos, los cordones deben doblarse cierto número de veces, siempre por la mitad, hasta que su tamaño les permita caber en el compartimiento especial. Esta precaución los conserva en buenas condiciones por un tiempo mayor.

Los electrodos metálicos no requieren el uso de bandas elásticas; se aplican manualmente usando guantes de hule. El electrodo positivo (cordón blanco) se sostiene en la región temporal izquierda, descubierta de pelo, con los dedos índice y medio de la mano izquierda; y el electrodo negativo (cordón negro) se aplica en el vértice de la cabeza del enfermo, con el dedo pulgar de la misma mano. La enfermera sostiene con su mano derecha la mandíbula inferior, del paciente. El electrodo negativo también puede colocarse en la región temporal derecha. Antes de aplicarlos las regiones correspondientes deben cubrirse con la pasta electrolítica.

Los electrodos de material absorbente se colocan en posición bitemporal usando las bandas elásticas. Cuando se quieren tratar muchos enfermos en corto tiempo, lo mejor será usar la banda de mayores dimensiones, sosteniéndola con las manos y procurando que los electrodos queden al nivel de las re-

giones temporales descubiertas de pelo. Si se dispone de mayor tiempo se puede usar la banda corta, poniéndola alrededor de la cabeza y enganchando su extremidad libre en el electrodo derecho. El cordón de tratamiento se conecta con los electrodos por medio de pequeñas pinzas.

La posición del enfermo depende de la técnica que el médico prefiere. La mayoría de los psiquiatras siguen las instrucciones dadas por el Dr. Von Meduna en los comienzos del tratamiento convulsivamente. El Dr. L. Kalinowski, uno de los líderes de la terapéutica por choques en los Estados Unidos, se apega fielmente a este sistema.

Por mi parte he empleado una técnica más liberal y, según nuestras estadísticas, he obtenido mejores resultados. Cuando fui director del "Special Therapy Department" en el Trenton State Hospital en New Jersey, dábamos un promedio de 150 electrochoques tres veces a la semana. El tratamiento colectivo era posible gracias a las modificaciones hechas en la técnica clásica. Esta requiere un equipo numeroso de ayudantes para sostener inmóviles la cabeza, el cuerpo y las extremidades del enfermo. Además de ser innecesario, la mayoría de las veces no se cuenta con el personal adecuado, o resulta muy caro por lo numeroso.

En mi opinión es mejor colocar, por ejemplo, una serie de cincuenta enfermos en sus respectivas camas y utilizar dos ayudantes para cada tratamiento. Uno para sostener firme la mandíbula del enfermo, dejando completamente libre el resto del cuerpo y las extremidades; y el otro para sujetar con bandas de material suave las muñecas del enfermo, inmediatamente después de la convulsión para protegerlo en contra de accidentes en su período de confusión. Cuando no es necesario tratar un grupo numeroso de enfermos, es mejor no sujetarlos en forma mecánica, sino comisionar un ayudante para vigilarlo hasta que se oriente y la confusión desaparezca.

En mi servicio descartamos la idea de que es indispensable usar camas rígidas y colocar una almohadilla dura al nivel de la región lumbar del enfermo. Cientos de pacientes fueron tratados por nosotros usando la misma cama en que dormían y excluyendo la almohadilla. El número de fracturas en tres años fué menor que el obtenido en otros hospitales con el sistema antiguo.

Al iniciar mis trabajos con el aparato "Reiter" continué empleando la misma técnica y excluí el uso de objetos elásticos para proteger los dientes del enfermo. Es su-

ficiente sostener la mandíbula inferior del individuo en firme contacto con la superior, hasta el momento en que se inicia la fase de convulsión tónica.

—
Dos técnicas fundamentales —con numerosas modificaciones— se usan para manejar el aparato "Reiter". Los doctores Friedman, Wilcox y Reiter crearon la primera en 1939. La segunda, desarrollada posteriormente, la originó el Dr. David J. Impastato en Nueva York.

La técnica F. W. R. consiste en poner el electrodo positivo en la región temporal izquierda y el negativo en el vértice de la cabeza del enfermo. Cualquiera de los dos tipos de electodos puede usarse.

El Dr. Wilcox cree que la posición vértice-temporal izquierda ofrece un umbral convulsivamente menor que la más usada posición bitemporal. Considera que su técnica ha pasado la prueba del tiempo como eficiente, tanto en lo que se refiere a corriente de intensidad mínima, como a los resultados terapéuticos favorables.

Para iniciar el tratamiento se suministra una corriente de 5 a 12 miliamperios de intensidad. Algunos investigadores empiezan siempre con 5 miliamperios y aumentan lentamente la corriente hasta obtener la fase convulsiva. El "Selector" se pone generalmente en la "Posición 3"; así se provoca una convulsión más suave. En la "Posición 1" la convulsión es ligeramente más severa; debe usarse en enfermos cardíacos no descompensados, o en aquellos enfermos que presentan trastornos respiratorios durante el tratamiento. Esta posición tiene un efecto estimulante y favorece la función respiratoria.

El tiempo requerido para iniciar la convulsión depende de las características individuales. Hay sujetos que con 3 o 4 miliamperios y 2 ó 3 segundos reaccionan con convulsiones. Otros, en cambio, con 12 ó 15 miliamperios requieren de 15 á 30 segundos. Estos son casos excepcionales. En término; generales se puede afirmar que con cualquier dosis las convulsiones sobrevienen dentro de los primeros 15 segundos.

Las convulsiones presentan características análogas a las provocadas con los otros tipos de aparatos, pero no tienen una reacción tan violenta.

La técnica empleada por el Dr. Impastato en su consultorio, y en el Hospital Bellevue de Nueva York, consiste en la aplicación bitemporal de los electrodos impregnados con solución salina. Se inicia el tratamiento con una corriente de 5 miliamperios. El "Selec-

tor" se pone en la "Posición 3". La fase tónica aparece al cabo de 10 a 15 segundos. En los casos en que el umbral de resistencia es elevado y la convulsión no ocurre después de 15 segundos, la corriente debe aumentarse lentamente hasta obtener el efecto deseado. Al presentarse la fase tónica la corriente se reduce a 5 miliamperios, si no se logró producir con esta dosis la convulsión. El "Selector" se cambia a la "Posición 1" y se mantiene al enfermo bajo electro-excitación durante 40 a 60 segundos. Esta técnica estimula la función respiratoria y substituye los movimientos clónicos por movimientos tónicos suaves.

Al terminar el tratamiento el enfermo respira inmediatamente. Si presenta alguna dificultad respiratoria, debe comprimirse el "Switch" de tratamiento durante 1 o 2 segundos, con una corriente de 5 miliamperios.

Esta técnica suave y cómoda para el paciente, si se toma en consideración el tipo de reacción con los otros aparatos, tiene un indudable valor terapéutico y representa un avance en el tratamiento por electrochoques.

—
El Dr. Wilcox expresa en uno de sus artículos que "el aparato de electrochoque "Reiter" satisface nuestro deseo de obtener el máximo beneficio, con un mínimo de corriente, reacción convulsiva poco intensa y ausencia de miedo y defectos mnémicos". En lugar de las grandes dosis —con su secuela de indeseables síntomas— se usa una pequeña corriente que va de 3 a 20 miliamperios. Esta dosis tiene las siguientes ventajas:

- a) La intensidad de la contracción muscular está muy reducida. Cuando el tratamiento se hace en la "Posición 3", la convulsión es muy suave tanto en la fase tónica, como en la clónica. Con una de las técnicas usadas (Impastato) se suprime la fase clónica con un buen resultado terapéutico.
- b) El período apnéico se halla reducido. En la mayoría de los casos el enfermo empieza a respirar durante la convulsión. El tratamiento en la "Posición 1" permite a los enfermos que requieren cuidados especiales readquirir su respiración normal rápidamente.
- c) La confusión que sobreviene después del tratamiento es sumamente corta. Con dosis de 3 a 6 miliamperios la confusión desaparece después de algunos minutos. Sin embargo, existe la posibilidad de no producir en el enfermo un estado de amnesia y, por tanto, originar estados aprehensivos. Aumentando la dosis a 10 o

más miliamperios, la amnesia es completa, los estados aprehensivos se evitan y la confusión solo dura alrededor de cinco minutos.

Las pruebas mentales en sujetos tratados con los aparatos del tipo de Cerletti y Bini, revelan alteraciones transitorias de la memoria. Esto es importante, pues medidas psicométricas, y otras pruebas mentales practicadas por el Dr. A. Rabin, indican la necesidad de evitar la confusión después de la terapéutica convulsiva. La clínica ha demostrado que los enfermos que no devienen confusos mejoran rápidamente con el tratamiento psicoterápico.

d) El número de fracturas es mucho menor y los síndromes cerebrales orgánicos no han sido vistos a menudo.

Las estadísticas de un hospital en el este y otro en el norte de los Estados Unidos revelan que los enfermos dados de alta presentan menor número de recidivas cuando se usa el aparato de corriente "unidireccional", que cuando se usa el de corriente alterna.

En el tratamiento de las esquizofrenias se obtienen mejores resultados que con el aparato de Cerletti y Bini. Los esquizofrénicos, particularmente los del tipo negativista, despiertan después del tratamiento en un estado de mayor accesibilidad y a veces hablan considerablemente de sus problemas. Esta reacción nos brinda la oportunidad para aplicar los métodos psicoterápicos.

En los enfermos deprimidos se observan tan buenos resultados como los obtenidos con los otros aparatos.

Los estudios electroencefalográficos hechos por diferentes especialistas, entre ellos los doctores L. D. Proctor y J. B. Goodwin, evidencian que la corriente "unidireccional" produce menos alteraciones que las grandes dosis de la corriente alterna. Los autores citados informaron en 1943 que con el aparato "Reiter" se obtienen mejores resultados clínicos cuando las alteraciones electroencefalográficas son menores. En cambio, con los aparatos de corriente alterna se observan mejores resultados clínicos cuando aparecen mayores disritmias corticales. De esto deducen que la aparición de disritmias corticales después del tratamiento con los aparatos de corriente "unidireccional" tienen un valor pronóstico indudable.

Por otro lado, el Dr. Wilcox y el Dr. Spiegel descubrieron un aumento del ácido nucleico en el líquido céfalorraquídeo después del tratamiento con grandes dosis de corrien-

te alterna y muy pequeño aumento, o ninguno, con el empleo de la corriente "unidireccional". La presencia de este ácido en el líquido céfalorraquídeo tiene un significado patológico. De aquí la importancia de determinar su aparición y cantidad al juzgar el valor terapéutico de los diferentes aparatos de electrochoque.

Mi intención al escribir este trabajo es el de hacer una breve exposición del aparato de electrochoque CW46J "Reiter" y de las técnicas empleadas más frecuentemente en la actualidad. Proporcionar, también, hechos de investigación que confirman las ventajas de los aparatos de corriente "unidireccional" sobre los de corriente alterna.

He evitado hablar de mis investigaciones y técnicas que he desarrollado. Próximamente daré a conocer mis propias estadísticas formadas durante mi labor psiquiátrica en el Trenton State Hospital y en el Institute of Living.

También me propongo publicar las brillantes experiencias hechas por el Dr. Gerburd R. Hirschfeld en el Veterans Administration Hospital en Lyons, New Jersey. Emplea el aparato "Reiter No. 2" para estimular eléctricamente el diencéfalo. Y daré a conocer el fruto de mi corta labor con este tipo de aparato.

Para cerrar esta serie de artículos, dedicaré el último al aparato "Reiter No. 3", con el que se produce un prolongado y profundo estado de coma en el enfermo. Su objeto es substituir con este método el coma insulínico. Como el aparato tiene sus riesgos, muy pocos psiquiatras lo usan. El Boston Psychopathic Hospital tiene uno y el Dr. Wilcox usa otro en el Traverse City State Hospital en Michigan.

BIBLIOGRAFIA

1. Cerletti, U. Old and new information about electroshock. *Am. J. Psychiat.* 107:2, 1950.
2. Impastado, D. Demostración privada en su consultorio en Nueva York.
3. Jessner, L. and Ryan, V. G. Shock treatment in psychiatry. Grune and Stratton, New York, 1941.
4. Kalinowsky, L. B. and Hoch, P. H. Shock treatments and other somatic procedures in psychiatry. Grune and Stratton, New York, 1946.
5. Liberson, W. T. Brief stimulus therapy: physiological and clinical observations. *Am. J. Psychiat.* 47:29, 1948.
6. Liberson, W. T. and Wilcox, P. H. Electric convulsive therapy: comparison of "brief stimuli technique" with Friedman-Wilcox-Reiter techni-

- que. *Dig Neurol. and Psychiat.* 8:92, 1945.
7. Proctor, L. D. and Goodwin, J. S. Comparative electroencephalic observations following electroshock therapy using raw 60 cycle alternating and uni-directional fluctuating current. *Am. J. Psychiat.* 99:525, 1943.
 8. Proctor, L. D. and Goodwin, J. S. Clinical electroshock. *Am. J. Psychiat.* 107:797, 1945.
 9. Rabin, A. I. Patients who received more than 100 electroshock treatments. *J. Personality.* 17:42, 1948.
 10. Reiter, Reuben: Información proporcionada al autor personalmente.
 11. Sargent, W. and Slater, E. An introduction to physical methods of treatment in psychiatry. E. and S. Livingstone, Ltd. Edinburgh.
 12. Spiegel-Adolf, M., Wilcox, P. H. and Spiegel, E. A. Cerebrospinal fluid changes in electroshock treatment of psychosis. *Am. J. Psychiat.* 104:697, 1948.
 13. Tietz, E. B. and co-workers. Electronarcosis, its application and therapeutic effect in schizophrenia. *J. Ner. and Ment. Dis.* 104:123, 1946.
 14. Wilcox, P. H. Electric brain stimulation. The development of safer and more efficient methods. Electroshock Research Association: confidential bulletin No. 12, January 12, 1948.
 15. Wilcox, P. H. Shock therapy. Reprinted from *Progress in Neurology and Psychiatry.* Grune and Stratton, New York, 1949.

REVISTAS

DISEÑO EXPERIMENTAL QUE REPRODUCE EL FENOMENO DE LA REPRESION. II.—EL EFECTO DEL FRACASO Y EXITO INDIVIDUALES SOBRE LA MEMORIA. MEDICION POR APRENDIZAJE REPETIDO. (An Experimental analogue of repression. II.—The effect of individual failure and success on memory measured by learning.) A. F. Zeller. *Jorn. of Exper. Psychol.*, Vol. 40 No. 4, 411-422.

En el presente artículo Zeller reporta los dos primeros experimentos de acuerdo con el diseño que anteriormente reportara (*Psychol. Bull.*, Vol., 47, No. 1) o abstracto en el No. 2 de esta revista.

En ambos experimentos las sesiones experimentales y las pruebas experimentales se hicieron estrictamente individuales y de tal manera que ningún sujeto de los grupos llegó probablemente a conocer a otro. En nuestro abstracto nos referiremos a grupos más bien que a individuos sólo por motivos de simplificación.

En el primer experimento se utiliza un grupo control desde ahora designado como grupo I y un grupo experimental que llamaremos Grupo II. Ambos grupos constaron de 100 estudiantes universitarios aparentemente sanos.

En la primera sesión ambos grupos aprenden, hasta el criterio de una repetición sin error, la lista de 15 sílabas de bajo poder asociativo de Flanagan. Luego reciben instrucciones de presentarse 72 horas más tarde para proseguir con varios experimentos.

Después de la primera sesión se redistribuyen los sujetos de los grupos experimental y control a fin de obtener dos grupos homogéneos en lo que se refiere a capacidad de aprender los materiales utilizados. En la segunda sesión se presenta a los sujetos la tarea de re-aprender la lista de sílabas previamente aprendida y hasta el mismo criterio. Así aún cuando en forma negativa se obtiene un índice de retención. Inmediatamente después y aún dentro de la segunda sesión se presenta al grupo control con una tarea "neutral" desde el punto de vista de éxito o fracaso. Esta tarea consiste en reproducir con 5 cubos de Knox secuencias sencillas demostradas por el experimentador, por ej.: tocar con el cubo que se tiene en la mano los otros cuatro en la mesa en secuencia 1-3-2-4 o cualesquier otra, sea de derecha a izquierda o viceversa. El grupo experimental o II, recibe por el contrario instrucciones de reproducir dobles y complicadas secuencias, tarea que, aparentemente sencilla, es casi imposible de producir. En este caso el experimentador, que había permanecido silencioso con el grupo control, sin felicitar ni denigrar, se deshace hora en afirmaciones al respecto de que el sujeto fracasa constantemente, que es extremadamente anormal y que es falto de capacidad. Esta tarea, acompañada del profundo fracaso de los

sujetos, se considera como la experiencia traumática capaz de producir represión en los materiales con ella asociados, en este caso la sílabas de Flanagan. Para demostrar el efecto de las tareas "neutral" y "represiva" se pone a los sujetos, inmediatamente después de ambas, a re-aprender la lista de sílabas. Las dificultades de ese "re-aprendizaje", el número de repeticiones necesario, indican, una vez más en forma negativa, el índice de retención (memoria). En seguida se instruye a los sujetos que deberán regresar al cabo de 72 horas.

Al principio de la tercera sesión experimental se pide el reaprendizaje de las sílabas sin sentido. En esta forma se observan una vez más los efectos de las tareas "neutral" y "represiva" sobre la retención, si bien ahora el interés es observar si tales efectos se han mantenido por 72 horas. Al terminar este trabajo el grupo control recibe la tarea neutral como en la sesión segunda y el experimental recibe la tarea "terapéutica". Esta tarea consiste en dar los mismos cubos pero empezando con secuencias simples y permitiendo al sujeto tener éxito en cada una de ellas; entonces el experimentador enseña al sujeto normas falsas que indican que su trabajo es en realidad brillante, se le explica que en realidad el experimento es sobre motivación (motivation), y que sólo sujetos de gran capacidad y enjundia han sido elegidos. En este caso los sujetos generalmente entran en un estado eufórico impresionante. Inmediatamente después ambos grupos re-aprenden la lista de sílabas a fin de observar si la tarea terapéutica ha logrado devolver a la conciencia de los sujetos del grupo II, los materiales anteriormente asociados al trauma y "olvidados". Todavía se realiza una cuarta sesión de re-aprendizaje, 72 horas más tarde, a fin de observar resultados lejanos.

Un segundo experimento para reafirmar los resultados del primero y observar la acción de otras variables es reportado en el mismo artículo. Las diferencias esenciales con el primero son: La lista de sílabas sin sentido es de 30 en vez de quince y existen 4 grupos de sujetos de 10 personas cada uno. Hay un grupo control, I, "idéntico" al del primer experimento. Un grupo experimental II, también "idéntico" al del primer experimento sobre todo en el hecho de que el fracaso de los sujetos en la prueba de cubos no se comenta en conjunto con el aprendizaje de las sílabas, es decir, el experimentador no hace alusión alguna al éxito o fracaso del sujeto en la tarea de aprendizaje de sílabas. Un grupo experimental, III, en el que se hace claro al sujeto durante la tarea "represiva" que es tan malo para aprender sílabas como para manejar cubos y un IV grupo experimental en el que se indica claramente a los sujetos durante la tarea "represiva" que aunque pesimistas en la prueba de los cubos tuvieron éxito en el aprendizaje de sílabas.

Los resultados de estos experimentos son todos interesantes y estadísticamente precisos. Después de la tarea "represiva" los sujetos experimentales demostraron una clara y estadísticamente significativa dificultad de re-aprender las 15 sílabas. Esto significa según el autor el hecho de que el material entrando en "olvido" por la represión, requiere mayor número de repeticiones para aprenderse de nuevo. El que esto escribe piensa en la posibilidad de que el mayor número de repeticiones para re-aprender el material se pueda deber, en este caso, a caída de eficiencia en el proceso mismo del aprendizaje debido a la desorganización emocional causada por el trauma. Por eso le gustaría como criterio de represión más que el valor negativo del número de repeticiones para re-aprender, el positivo del número de sílabas recordadas espontáneamente después del trauma en comparación con las recordadas por el grupo control. Los efectos de la "represión" se mantuvieron claros por 72 horas, por la clarísima mayor dificultad para re-aprender del grupo II. Después de la tarea terapéutica el grupo II iguala y hasta mejora, al parecer, el re-aprendizaje del control.

La represión ha sido removida.

En todo caso los resultados son extremadamente interesantes por cuanto sea desorganización del proceso del aprendizaje u olvido por represión, el trauma nos demuestra serias alteraciones de procesos mentales.

Muy interesantes son también los resultados del segundo experimento. En el grupo experimental III los resultados son iguales a los obtenidos por el grupo experimental II. Esto indica que el fracaso en una tarea tiende a producir alteraciones mentales tan fuertes como el fracaso en las dos. Es decir, implícito generalización de la condición de "fracaso". El grupo experimental II en sus resultados no puede diferenciarse del grupo control, I, esto parece significar que el informar, durante situación de fracaso a un sujeto el hecho de que si no es bueno en esta actividad en cambio triunfó en la otra, tiende a generalizar los efectos del éxito y por sí solo proveer un centro de seguridad que le permite al individuo defenderse de su posterior fracaso. Muy interesante de la conducta de este grupo es el hecho de que, cuando más el experimentador renegaba de la inhabilidad de los sujetos en la prueba de los cubos, más afirmaba el sujeto en variadas formas algo así como lo siguiente: "Sí, sí, yo nunca fui bueno en estos asuntos, pero en cambio siempre fui extremadamente hábil con materiales parecidos a los de la otra prueba". En esta forma al parecer profundas actividades del Yo y sus defensas quedan por primera vez a flor de tierra para el método de la psicopatología experimental. Huelgan otros comentarios.

Dr. Rogelio Díaz Guerrero.

ESTUDIO ELECTROMIOGRAFICO DE LOS TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD PROFUNDA (Etude Electromyographique des troubles de la sensibilité profonde) I. Lesny, B. Drechsler y K. Obrda. *Revue Neurologique*.—Septiembre 1950 p.p. 192-97.

Los autores, de la Clínica Neurológica de la Universidad Carlos IV en Praga, han practicado el Electromiograma en 17 casos radiocotomizados por dolores radiculares causados por hernias de disco. Los potenciales musculares fueron registrados en los músculos correspondientes al Dermatoma de la raíz seccionada. En todos los casos se observó una marcada disminución de frecuencia de las unidades motoras. En casi todos los casos se pudieron registrar oscilaciones únicas características, como las que observan en una atrofia neurítica o en una parálisis del nervio motor.

Después de éstos resultados se emprendió el examen Electromiográfico en 23 casos de trastornos de la sensibilidad profunda por lesiones de los cordones posteriores (19 casos de Tabes, 3 casos de Mielosis Funicular y un caso de Seudo-tabes Diabética). En éstos casos también se presentó un déficit considerable de las frecuencias en el E.M.G. Este déficit, en ocho casos fué tan marcado como para dar el cuadro de oscilaciones únicas (menos de 18 puntas por segundo).

Es pues evidente por éstos resultados, que no es sólo la unidad motora o la neurona motora quienes son responsables de la actividad eléctrica muscular, sino que también participan en su determinación la neurona sensitiva y los cuernos posteriores, es decir, toda la inervación sensitiva. El E.M.G. es pues la expresión de un arco reflejo. No es improbable que los potenciales intersinápticos de los cuernos posteriores hacia los cuernos anteriores sean importantes para la actividad eléctrica muscular. El déficit de éstos potenciales se puede expresar por la reducción de frecuencias en el E.M.G.

Dr. Carlos Fernández.

LA AFASIA LATENTE.—SU DIAGNOSTICO EN LA ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL POR MEDIO DE UN TEST DE VOCABULARIO.—(L'aphasie latente, son diagnostic dans l'artériosclerose cérébrale au moyen d'un Test de vocabulaire).—J. Delay, P. Pichot, R. Dursap y J. Perse.—*Revue Neurologique* T. 83, N. 3. p.p. 180-91.—Septiembre 1950.

Los autores presentan en éste trabajo los resultados de un estudio psicológico, por medio de Tests mentales, que les ha permitido poner en evidencia en la Demencia Arterioesclerótica, de manera prácticamente constante y en ausencia de manifestaciones clínicas, un déficit especial de tipo Afásico, constituyendo una verdadera Afasia Latente, la cual es ex-

cepcional en la Demencia Senil. El estudio psicométrico se llevó a cabo sobre dos grupos seleccionados uno de 27 dementes Arteriopáticos y otro de 25 dementes Seniles. Se utilizaron como Tests las siguientes: el test de Penrose y Raven, test de Clasificación por forma y de color de Weigl Goldstein-Scheerer, el test de los cubos de Kohs, el test de vocabulario de Binois y Pichot, y el test del factor W de Thurstone.

Los dos grupos de sujetos no difieren entre sí de manera significativa en los tres primeros tests de los arriba enumerados, pero en los dos tests últimos, los Arteriopáticos dan resultados significativamente inferiores. Esta discordancia de resultados entre los Arteriopáticos y los seniles en los tests de vocabulario y del factor W, sólo se puede explicar por la existencia de una Afasia sub-clínica, latente, en los Dementes Arterioescleróticos.

Esto constituye un signo de diagnóstico diferencial interesante, que como todos los signos clínicos sólo tiene un valor de probabilidad. Sin embargo de ello, su existencia presenta un interés también, en un plan teórico pues muestra la posibilidad, por medio de métodos apropiados suficientemente precisos, de poner en evidencia un síndrome que permanece desapercibido en ausencia de éstas técnicas.

Dr. Carlos Fernández.

DATOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL
DE ESTUDIANTES DE PREPARATORIA DEL SEXO

MASCULINO EN RELACION CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR KINSEY.—(Measurer of the sex behavior of College Males compared with Kinsey's Results). Robert T. Ross Long Beach State College. The Journal of Abnormal and Social Psychology Volumen 45 October, 1950, Number 4.

Después de la publicación del libro de Kinsey, han aparecido en la Literatura, una serie de críticas especialmente en relación con la validez de los métodos de entrevista empleados por el Dr. Kinsey y sus asociados. Muy pocos estudios sin embargo, han podido hacerse, que igualen a los estudios hechos por Kinsey.

El presente artículo se refiere a un experimento hecho con estudiantes de Long Beach State College, a los que les fueron dados cuestionarios tratando de cambiar el método de interrogatorio, pero incluyendo las mismas preguntas más importantes del Kinsey como: "Se ha masturbado usted alguna vez? ¿Ha tenido usted alguna vez relaciones sexuales de tipo homo sexual?" "¿Ha tenido usted alguna vez relaciones sexuales de tipo heterosexual dentro o fuera del matrimonio? Los resultados obtenidos con este experimento de cuestionarios anónimos, fueron y dentro de las limitaciones de número, sensiblemente los mismos obtenidos por Kinsey, de manera que aún variando los métodos de entrevista, los datos del libro de Kinsey no varían.

Dr. Francisco Garza G.

COLABORADORES:

Dr. Edmundo Buentello.
Dr. Eutimio B. Calzado.
Dr. Manuel Camelo.
Dr. Juan Cárdenas.
Dr. Agustín Caso.
Dr. Guillermo Calderón.
Dr. Fernando Cesarman.
Dr. Guillermo Dávila G.
Dr. Rafael Delgado A.
Dr. Jorge Derbez Muro.
Dr. Ramón de la Fuente M.
Dr. Fernando de la Cueva.
Dr. Efrén del Pozo.
Dr. Pascual del Roncal.
Dr. José Díaz.
Dr. Enrique García Ruiz.
Dr. Rogelio Díaz Guerrero.
Dr. Alfonso Domínguez Toledano.
Dr. Héctor Elizondo Infante.
Dr. Manuel Falcón.
Dr. Carlos Fernández.
Dr. Teodoro Flores C.
Dr. Abrahám Fortes.
Dr. Mario Fuentes Delgado.
Dr. Roberto Gamboa.
Dr. Javier Garcíadiago.
Dr. Francisco Garza García.
Dr. Raúl González Enríquez.
Dr. Ignacio González Estavillo.
Dr. Francisco González Pineda.
Dr. Manuel Guevara Oropeza.
Dr. Hernando Guzmán West.
Dr. Germán Herrera.
Dr. Julio Hernández Peniche.

Dr. Augusto Lara Baqueiro.
Dr. Guillermo Lechuga.
Dr. Alfonso León de Garay.
Dr. Carlos López Elizondo.
Dr. Roberto Moulun.
Dr. Luis G. Murillo.
Dr. Dionisio G. Nieto.
Dr. Francisco Núñez Chávez.
Dr. Pedro Ortiz.
Dr. Angel Ortiz Escudero.
Dr. Wenceslao Orozco.
Dr. Carlos Pavón Abreu.
Dr. Jorge Pavón Abreu.
Dr. Hilario Pérez.
Dr. Héctor Prado Huante.
Dr. Samuel Ramírez Moreno.
Dr. Marín Ramos Contreras.
Dr. Mario Ramos.
Dr. Germán Riva C.
Dr. Ignacio Rivero B.
Dr. Mario Saucedo G.
Dr. Luis Saénz Arroyo.
Dr. Manuel Sánchez Garibay.
Dr. Dionisio Sánchez Guerrero.
Dr. Mario Sanmiguel.
Dr. Jorge Silva García.
Dr. Roberto Solís Quiroga.
Dr. Jesús Siorda Gómez.
Dr. Rubén Tamés Garza.
Dr. Oliverio Tijerina.
Dr. Jesús Urriza Gama.
Dr. Rubén Vasconcelos.
Dr. Manuel Velazco Suárez.
Dr. Ma. Concepción Zúñiga.

Parpanit y Parpanit F. Geigy

Reg. No. 34643 y 34605 S. S. A.

IMPORTADOS DE SUIZA.

Comprimidos de 0.00265 g. y 0.05 g. de Clorhidrato del éster dietilamino-
etílico del Acido fenil — ciclopentano — carboxílico.

Para el tratamiento de los trastornos motores diskinésicos y espásticos.

Parálisis agitante — Parkinson postencefalítico — Parkinson senil o ar-
terioscleroso — Blefarospasmo — Temblor intencional — Parálisis
espásticas postapoplégicas, etc.

J. R. GEIGY, S. A. BASILEA (Suiza)
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA MEXICO:

Waltz y Cia., S. A.

Laguna de San Cristóbal No. 123

MEXICO, D. F.

**EL UNICO TRATAMIENTO
CIENTIFICO
FUNDAMENTALMENTE MEDICAMENTOSO
D E L
ALCOHOLISMO.**

E t a b ú s

(DISULFURO DE TETRAETILTURAM)
SENSIBILIZADOR DEL ORGANISMO
AL

A L C O H O L
HECHO EN MEXICO POR

Establecimientos Mexicanos Colliere. S. A.

PLAZA DE LA REPUBLICA No. 43

REG. No. 34480 S. S. A.

MEXICO, D. F.

PROP. No. A-F18/50

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

SIN CORTYL

MEDICACION CORTICO-SUPRARRENAL

A S T E N I A

GRUPO ROUSSEL, S. A.

VARSOVIA No. 19

MEXICO, D. F.

REG. No. 22587 — 23130 — 23131 S. S. A.

"LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS".

PROP. No. A-Ff-226/50

LA FORMULA DE

VIPEPTOLAC

Reg. No. 32755 S.S.A.

ofrece una combinación equilibrada de

AMINOACIDOS — HIDRATOS DE CARBONO — HIERRO Y VITAMINAS

de utilidad en todos aquellos casos en los que se precisa aumentar o reponer el aporte protéico.

La ausencia de sabor desagradable permite mezclarlo a diversos alimentos, facilitando su administración en pediatría.

Proporciona 360 calorías por cada 100 g.

Presentación: Lata de 453 Gr.

Elaborado por: **WYETH INCORPORATED** Filadelfia, Pa., E. U. A.

Representantes:

WYETH-STILLE, S. A.

Versalles No. 80

Literatura exclusiva para medicos.

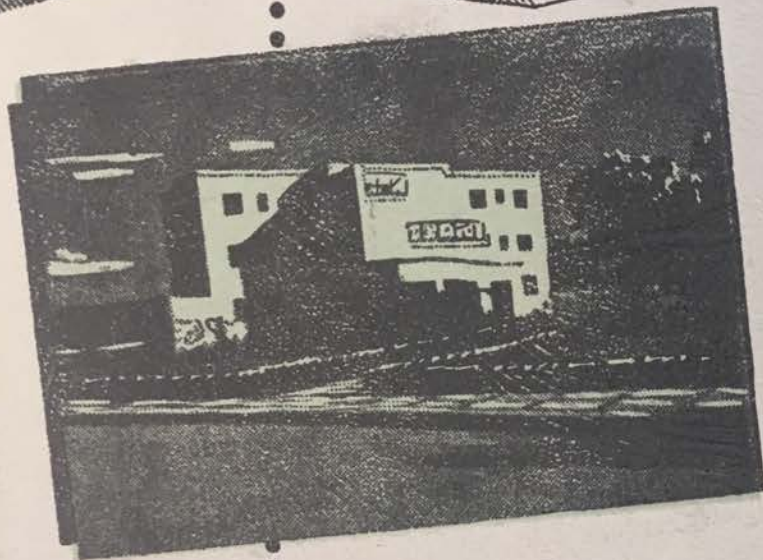
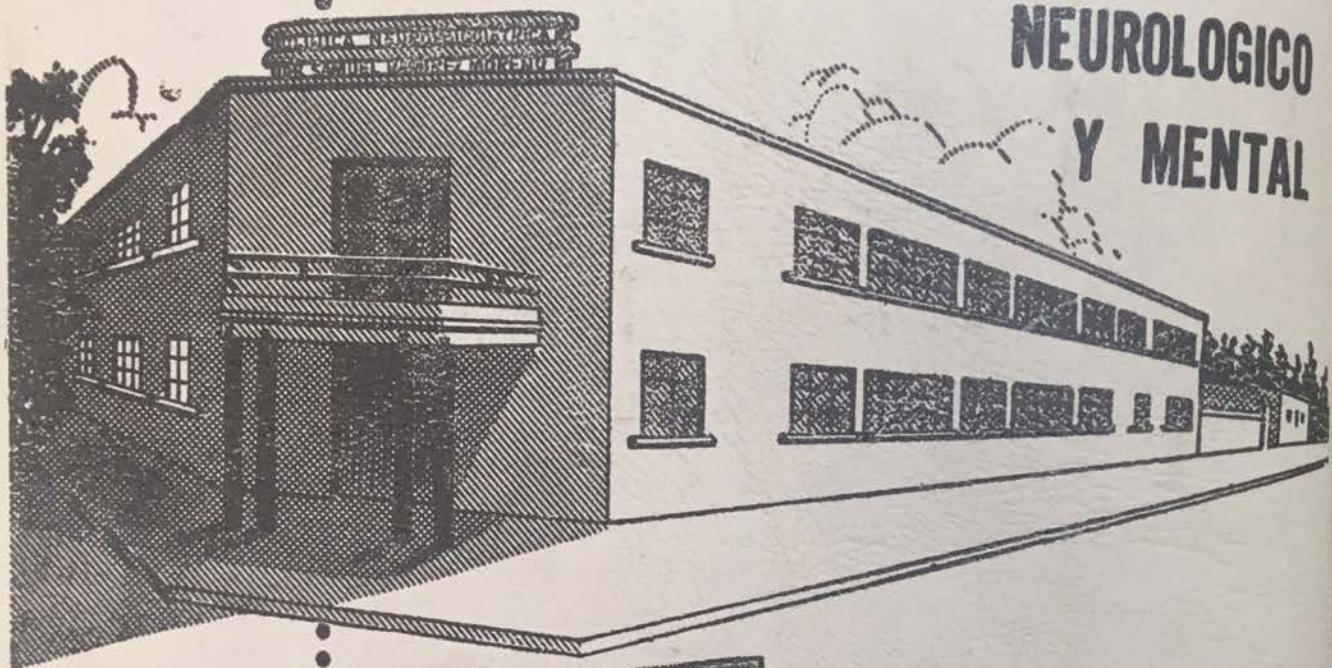
México, D. F.

Reg. Prop. No. A-42/51 S. S. A.

DESDE 1931

*Una institución al
servicio del enfermo*

**NEUROLOGICO
Y MENTAL**



ADMINISTRACION:

GENOVA 39

TELS 35-72-30

14-20-62

SANATORIO:

CALZADA MEXICO 10

AYOTLA

TELS 23-59-59

32-06-50

CLINICA NEUROPSIQUIATRICA

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO