

como lo hacen los anticuerpos sobre el músculo en la miastenia grave.

4) La observación de que el disulfirán tiene fuertes efectos psicogénicos sobre sujetos esquizofrénicos y no sobre personas normales podría indicar que grandes cantidades de metabolitos de catecolaminas se unen a la taraxeína (anticuerpo) presente solamente en el esquizofrénico, activando así su poder psicogénico.

El autor menciona también observaciones que sugieren que hay una relación entre enfermedades de la colágena y reacciones de hipersensibilidad con la esquizofrenia. Algunos pacientes presentan una remisión de sus síntomas psicóticos cuando aparece una enfermedad de la colágena o una reacción de hipersensibilidad e inversamente los síntomas de una enfermedad de la colágena desaparecen cuando se presentan síntomas psicóticos.

A. CÓRDOVA

Rutter, M., "Classification and Categorization in Child Psychiatry". *Inter. J. of Psychiatry*, vol. III, núm. 3, marzo de 1967, páginas 161-187.

El autor de este trabajo subraya la necesidad de clasificar las alteraciones psiquiátricas infantiles. Asimismo discute los principios en los que se basan las clasificaciones: la sintomatología, el tratamiento, el pronóstico a largo plazo, la etiología, la epidemiología, la edad, la frecuencia en cada sexo, la severidad y la duración de los padecimientos. En su opinión, los principios fundamentales para una clasificación son: 1) Que esté basada en hechos y no en conceptos y utilice términos manejables.

2) Que informe de la situación clínica y tenga valor de predicción. 3) Debe estar enfocada a clasificar padecimientos y no niños, ya que es posible que un niño pueda tener un padecimiento psiquiátrico a los cinco años y otro diferente a los doce.

Propone los siguientes lineamientos taxonómicos: 1) Trastornos neuróticos. Éstos pueden ser diferenciados mediante patrones de sintomatología, respuesta al tratamiento, pronóstico a largo plazo, dinámica familiar y etiología. 2) Alteraciones de la conducta o trastornos antisociales: la diferenciación entre este grupo y el anterior es de fundamental importancia ya que la delincuencia puede estar ocasionada por francas tendencias neuróticas, con bases en conflictos inconscientes. 3) Aun cuando la mayor parte de los niños tienen un cuadro clínico preponderantemente neurótico o antisocial, pueden caer en un tercer grupo llamado Grupo Mixto. 4) Trastornos del desarrollo: tales como la enuresis y los trastornos en el habla. Estos desórdenes pueden ser parte de un problema neurótico o antisocial, pero cuando ocurren solos, deben de ser clasificados por separado. 5) El síndrome hiperquinético que puede ser distinguido por anormalidades neurológicas. 6) Psicosis infantiles. Éstas, se diferencian de otros padecimientos psiquiátricos por su respuesta al tratamiento, su curso prolongado y su asociación con disfunciones cerebrales. La psicosis tiene algunas similitudes con el síndrome hiperquinético, pero puede ser diferenciada por su sintomatología y su curso. 7) Psicosis que se desarrollan durante o después de la pubertad, semejantes a la esquizofrenia que ocurre en la edad adulta. 8) Deficiencia mental. 9) Retardo educacional como un problema primario. 10) Depresión. 11)

Disturbios neuróticos del tipo de los que presentan personas adultas. Estos padecimientos son manifestaciones inciertas, con diferente fenomenología.

El autor hace a continuación una evaluación de la clasificación de la conducta, mencionando trabajos de Piaget, así como el desarrollo de otras clasificaciones en psiquiatría infantil. El autor concluye que una clasificación completa no puede ser aportada por un individuo y que tendrá que ser modificada y ampliada según vayan evolucionando nuestros conocimientos sobre el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos psiquiátricos infantiles.

R. CASTAÑEDA

Shave, D. W., "Guilt in Schizophrenia". *International Journal of Neuropsychiatry*, vol. 3, núm. 1, febrero de 1967, pp. 1-9.

El autor hace una revisión del papel de los sentimientos de culpa en las psicosis esquizofrénicas. Piensa que la oralidad es un componente importante en la esquizofrenia y especula que este sentimiento de culpa oral incorporado es la base de cualquier esquizofrenia. El paranoico proyecta su sentimiento de culpa, el catatónico sufre la unión completa de su culpa y de su cólera, mientras que el hebefrénico lo niega en forma masiva para hacerlo desaparecer. En las esquizofrenias indiferenciadas crónicas como las formas pseudo-neuróticas, ambulatorias, y en las esquizofrenias ocultas, el autor observa en la sintomatología manifestaciones de los intentos del enfermo para manejar su culpa oral incorporada. El autor, que es partidario de tratar a los enfermos esquizofrénicos mediante la psicoterapia,

ilustra con la presentación de cuatro casos sus puntos de vista.

R. CASTAÑEDA

Newnham, William, H., "Sexual Perversion Associated with Cerebral Tumor". *International Journal of Neuropsychiatry*, vol. II, núm. 6, diciembre de 1966, páginas 633-636.

El autor presenta el caso de un paciente de edad adulta, perverso sexual desde su adolescencia, en quien se logra mostrar electroencefalográficamente y mediante la angiografía un tumor frontoparietal. El caso muestra la interacción de factores orgánicos y psicológicos. El paciente fue internado por sufrir un cuadro de depresión agitada. El examen físico y los exámenes de laboratorio de rutina fueron normales. Un hermano mayor es homosexual y una hermana menor ha presentado crisis severas de depresión. El enfermo sufrió a los 11 años corea de Sydenham por lo que fue internado. Refiere haber tenido relaciones sexuales con sus hermanas hasta los 15 años y haberse sentido compulsivamente inclinado a acariciar mujeres en las aglomeraciones. Refiere no haber encontrado satisfacción en las relaciones sexuales con su esposa y sí acariciando a las mujeres o bien masturbándose. Ante el impulso a atacar sexualmente a su hija de 10 años, se somete a los 29 años a psicoterapia para controlar esta compulsión. Es tratado como maniaco-depresivo en una ocasión, y en otra, como esquizofrénico. Poco después, presenta parálisis flácida del brazo derecho que es clasificado de conversión histérica y tres meses después una crisis epileptiforme. El estudio

E.E.G. y la angiografía permitieron comprobar la presencia de una masa ocupativa en la región fronto-parietal izquierda, sobre la cual no se interviene quirúrgicamente por ser considerada inoperable. El paciente muere poco después. En la discusión del caso, el autor señala que los síntomas y la historia familiar pueden conducir en casos de tumores cerebrales a explicaciones psicodinámicas y que con frecuencia se olvida que los tumores cerebrales pueden producir estados depresivos, agresivos e intentos de suicidios.

El autor termina su discusión señalando que no debe olvidarse que: 1) Los pacientes neuróticos pueden desarrollar padecimientos físicos, incluso tumores cerebrales, que no tienen nada que ver con su neurosis. 2) Un tumor cerebral puede agravar una neurosis leve o latente. 3) Un tumor puede producir un cuadro neurótico o psicótico en una persona con predisposición a las enfermedades mentales.

R. CASTAÑEDA

SUSCRÍBASE A NUESTRA REVISTA, *enviando cheque a:*

REVISTA DE PSICOANÁLISIS, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA,  
Fondo de Cultura Económica.  
Av. de la Universidad, 975,  
México 12, D. F.  
(Teléfono 24-22-04)

Valor anual: { en México \$ 50.00  
en el extranjero Dls. 5.00

Cortesía del SR. MAURICIO WEISSMANN

