

de la paranoia sea esencial la presencia de impulsos homosexuales.

J. DERBEZ

Judd, Lewis L. M. D., "Obsessive Compulsive Neurosis in Children", *Archives of General Psychiatry*, 12, núm. 2, pp. 136-146, febrero 1965.

El propósito del trabajo es identificar y delinear perfectamente los síntomas obsesivos y compulsivos. Define el término obsesión como un pensamiento repetitivo e indeseable que insistentemente entra en la conciencia y retorna contra los deseos del paciente. Puede incluir ideas, imágenes, afectos e impulsos en los cuales no puede influir ni la razón, ni la lógica, ni el esfuerzo consciente. La compulsión tiene muchas cualidades en común con la obsesión, pero ésta es expresada en acción y es destertipado y muchas veces trivial. El fracaso para ejecutar el acto compulsivo produce ansiedad, pero una vez ejecutado produce una reducción temporal y subjetiva de la tensión.

La observación se hizo sobre factores y características observables, en un intento de coleccionar y utilizar una información más descriptiva.

El promedio de edad de principio de la enfermedad fue de 7 1/2 años, oscilando entre los seis y los diez años. Fueron 3 varones y 2 niñas. El tiempo de entrevista para cada paciente fue entre una y 75 horas y el periodo más largo de observación duró 18 meses.

En los cinco casos se encontraron las siguientes características: 1) Principio súbito y poco dramático; 2) Nivel de inteligencia superior; 3) Los síntomas obsesivo-compulsivos fueron encontrados siempre juntos; 4) Un gran número de síntomas eran disruptivos para el medio ambiente y ponían al chico en conflicto

con él; 5) Fueron expresados sentimientos de culpa respecto a diferentes pensamientos y acciones; 6) Al iniciar sus entrevistas poseían un código moral rígido y absoluto, más de lo que se esperaba de un niño; 7) La vida imaginativa del niño no era constrictiva sino considerada como activa; 8) Los niños no fueron considerados como psicóticos.

Las siguientes seis características fueron encontradas en 4 de los 5 casos:

1) Los niños eran normales antes de la aparición de la enfermedad; 2) Había una historia de psicopatología en los padres; 3) El entrenamiento intestinal no fue punitivo y se desarrolló en el tiempo normal; 4) Un evento precipitante pareció estar presente; 5) Se observaron fenómenos fóbicos transitorios; 6) Se encontró excesiva ambivalencia y marcados sentimientos de agresividad hacia uno de los padres.

Comenta el autor que la variación en el número de horas de entrevista quita uniformidad a la integración de los datos. El pequeño número de casos no soporta un análisis estadístico y sólo son presentados como datos que tienen interés. Continúa el autor diciendo que la N.O.C. puede ocurrir en niños, la edad de aparición es más temprana de lo que generalmente se cree y además es interesante hacer notar que la frecuencia de este síndrome en niños es igual a la de los adultos. Las observaciones de este pequeño número de casos serán una ayuda para poder establecer algún criterio para diferenciar entre la compulsión normal y la ritualización de la conducta patológica.

A. MACÍAS M.

Cook, A. B., "Etiology of Alcoholism", *Psychiatry Digest*, p. 21, marzo 1965.

Existe la creencia popular y aún en algunos círculos médicos de que el alco-

holismo es el inicio de un proceso patológico. Hasta el momento no se ha dado una buena definición de lo que es el alcoholismo; todas las definiciones están basadas sobre la simple suposición de que se trata de un desorden emocional o de una actitud compulsiva hacia la ingestión de bebidas alcohólicas. El término de alcoholismo como un síntoma en individuos mal adaptados también ha sido usado amplia e indiscriminadamente.

Se ha sostenido que el alcoholismo es una enfermedad con síntomas y signos bien definidos y de tipo constitucional. Pero hasta el momento no existe ningún dato suficientemente convincente de que en la persona alcohólica esté presente un factor primario constitucional como sucede en la alergia o en la diabetes.

Ante estos hechos parece que la hipótesis más plausible es la psicógena, por lo que el alcoholismo puede ser considerado como una psiconeurosis en individuos con una gran dependencia psicológica y emocionalmente inestables. La iniciación de la habituación alcohólica con pérdida del control es probablemente un hecho no causal sino secundario a cambios fisiológicos tales como alteraciones metabólicas, endócrinas y bioquímicas.

Aunque el alcohol por sí mismo no puede considerarse causa del alcoholismo, sí es un tóxico y juega un papel importante en la etiología de este padecimiento.

Aunque no existe una personalidad alcohólica identificable, sí se observa en estos individuos una serie de características comunes a la mayoría, son sujetos egocéntricos, con imposibilidad para tolerar tensiones emocionales, dependientes y muy dados a la megalomanía.

Sujetos con cualquier tipo de personalidad pueden llegar a ser alcohólicos y en el momento actual es imposible predecir qué persona bebedora será un

alcohólico. Lo que sí se puede decir es que el sujeto que sufre el denominado alcoholismo primario (70 %), o sea el bebedor compulsivo, es un sujeto emocionalmente enfermo mucho antes de iniciar la ingestión de alcohol. El que sufre el tipo secundario (25 %), es el sujeto con una buena personalidad previa y que llega a ser un enfermo por una prolongada e intensa ingestión de alcohol.

A. CÓRDOVA

Chen, Ronald, "A French Mode of Socioterapy", *American Journal of Psychiatry*, 121, núm. 1, p. 17, julio 1964.

En la actualidad la psiquiatría social ha tenido un gran impulso en Francia bajo las ideas del Prof. Paul Sivadon. El propósito de este artículo es discutir sus ideas así como la práctica de la "socioterapia" tal como se ha utilizado en Francia.

El Prof. Sivadon, aparte de su interés por el estudio de los factores intrapsíquicos, ha enfatizado el papel de los factores ambientales en la adaptación del sujeto y su significado en el desarrollo de la enfermedad mental, ya que considera que la enfermedad mental es la consecuencia y no la causa de las alteraciones de la relación entre el individuo y su medio ambiente. La adaptabilidad del individuo es el resultado de un largo proceso evolutivo donde las capacidades de adquisición más reciente son las más débiles.

Sivadon considera la adaptación como una integración y diferenciación exitosa del individuo. Él entiende el desarrollo de la personalidad en términos de niveles y estadios. Una persona sana incorpora su medio circundante en una forma homogénea, acepta una relación adecuada entre él y su ambiente, y estas experiencias las integra a un nivel par-



ticular. Esta labor la lleva a cabo el sujeto durante toda la vida, y es a lo que el Prof. Sivadon denomina un esfuerzo integrativo progresivo y continuo.

De acuerdo con las ideas antes expuestas, para Sivadon el tratamiento del enfermo mental debe consistir en llevarlo de niveles bajos de integración a niveles más elevados, según las posibilidades del sujeto en tratamiento. Esta actitud ante la enfermedad mental ha contribuido a mostrar en Francia que el enfermo de este tipo debe ser tratado haciendo énfasis en su readaptación y rehabilitación social, lo cual resulta más útil y económico.

Esta forma de socioterapia se enfatiza en el trabajo, en la expresión de la agresión y en las relaciones interpersonales. Las actividades son clasificadas en varios niveles representando una escala progresiva de modos elementales de expresión y juego a tipos complejos de trabajo. Los pacientes son asignados a estas actividades de acuerdo con su diagnóstico y todos trabajan tiempo completo. Los productos de su trabajo son vendidos para sufragar los gastos de la institución y ellos reciben un sueldo.

Las actividades extra-laborales son organizadas por los mismos enfermos y por algunas personas de la institución. Para pacientes a muy bajo nivel de integración (ejemplos catatónicos) se inicia con juegos muy sencillos donde sólo intervienen una actividad motora muy simple (patear una pelota), y se va haciendo cada vez más complicada hasta que el paciente responde.

En lo que respecta a la psicoterapia individual o de grupo el plan es limitado por la falta de psicoterapeutas entrenados. El propio Prof. Sivadon imparte los lunes una forma de psicoterapia de grupo que él ha llamado terapia de clase, en la cual lee algún libro donde se expliquen algunos mecanismos psicodinámicos de la enfermedad mental. Esto

suscita preguntas y discusiones con los pacientes.

Toda esta terapia intrahospitalaria es vista solamente como uno de los pasos de un programa total de rehabilitación que consta además del hospital, de un centro para enfermos recuperados, el hospital de día, el programa de trabajo, la consulta externa y por último la colonia familiar, que consiste en crear una especie de sociedad artificial donde cada individuo puede desempeñar una función adecuada en la organización social en que se mueve, de acuerdo con sus posibilidades y su nivel de integración.

A. CÓRDOVA

Rosenthal, Saul H., "Persistent Hallucinations Following Repeated Administration of Hallucinogenic Drugs", *American Journal of Psychiatry*, 121, núm. 3, p. 238, septiembre 1964.

Con el objeto de "ampliar la conciencia" se han venido usando con frecuencia las drogas alucinógenas, entre estudiantes, "bohemos" y artistas, lo cual ha permitido acumular una experiencia clínica importante en sujetos que han tenido una exposición múltiple a estas drogas (a menudo sin supervisión médica), y en los que se han observado secuelas prolongadas. Los casos de descompensación psicótica prolongada parecen estar relacionados específicamente con la exposición múltiple a las drogas alucinógenas. Estas reacciones adversas prolongadas son clasificadas en los siguientes grupos:

1) Reacciones de ansiedad y depresión prolongadas: depresión agitada con ansiedad, hipocondriasis por periodos hasta de 8 meses después de una sola inyección de LSD especialmente en sujetos rígidos.

2) Precipitación de reacciones esqui-

zofrénicas o esquizofreniformes. Esto ocurre probablemente por liberación de material inconsciente en sujetos posiblemente pre-esquizofrénicos. Se acompaña de ansiedad pánica. Puede presentarse bajo la forma de una reacción paranoide con delirios de persecución o de grandeza.

3) Alucinosis: Este fenómeno en forma prolongada, es una de las reacciones adversas considerada como específica en los casos de administración repetida de drogas alucinógenas. Con frecuencia el cuadro se inicia por un cambio en la experiencia al ser expuesto una vez más a la droga, ya que si en las ocasiones anteriores el efecto había sido eufórico, ahora pasa a ser disfórico; a esto sigue un periodo de recurrencia intermitente de alucinaciones espontáneas. Las alucinaciones pueden ser agradables (colores brillantes, distorsión de la forma de los objetos, etc.), o terroríficas (gatos, insectos, cráneos etc.). El sujeto es consciente de la irrealidad del fenómeno y aunque esté aterrizado reconoce su relación con la droga.

El mecanismo probable de estas alucinosis, aunque poco frecuente, puede ser un fenómeno accidental a estar relacionado con defectos de una personalidad premórbida. Los autores del artículo proponen un mecanismo combinado en el cual las alucinosis pueden ser debidas a un efecto tóxico específico de la droga sobre la retina o el sistema visual. A este respecto, Purpura estudió el efecto del LSD sobre la corteza visual de gatos y encontró que en dosis de 60 microgramos/kg. de peso, causa facilitación de la respuesta de la corteza visual al estímulo fótico de la retina, mientras que en dosis altas entre 70 y 100 microgramos/kg. causa inhibición. También se observó que el LSD facilita la respuesta de la corteza visual cuando se estimula el cuerpo geniculado lateral.

Evarts estudió el efecto del LSD sobre

la transmisión sináptica en las vías visuales y demostró una disminución en la capacidad de la respuesta en las células ganglionares post-sinápticas en el cuerpo geniculado lateral con estimulación del nervio óptico. El electroretinograma ha sido evaluado en animales en donde el LSD produjo la evocación de potenciales retinianos espontáneos, así como potenciales simultáneos espontáneos del nervio óptico y de la corteza. El mismo tipo de electroretinograma se obtuvo después de la administración de mescalina, estroscina y atropina en gatos.

De todos estos hechos se concluye que el sitio preciso de acción del LSD para producir alucinaciones visuales puede ser en cualquier lugar de la vía óptica, desde la retina hasta la corteza, y este efecto es producido por una acción hipóxica o tóxica. El uso reepto de estas drogas puede hacer que estos cambios se hagan permanentes o semipermanentes.

A. CÓRDOVA

Bethune, H. C. y R. H. Burrell, "Vascular Crisis Associated with MAO Inhibitors" *American Journal of Psychiatry*, 12, p. 245, septiembre 1964.

Aunque los inhibidores de la MAO se han usado durante 6 años en el tratamiento de los enfermos deprimidos, fue en los últimos 2 años cuando se informó sobre reacciones vasculares catastróficas. Los primeros informes al respecto mencionaron cuadros vasculares cuando se asociaban inhibidores de la MAO y radicales aminos.

En 1960 Palmer informó sobre un cuadro de hipertermia y cianosis y muerte en un paciente al que se inyectó mepiridina (Demerol) y que estaba previamente tomando fenelcina (Nardil). Dally en 1962 describió una crisis hipertensiva en un individuo de 38 años de

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.
Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke.
Veröffentlichungen - auch von Teilen - bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

