

perniciosa antes de que se conociera algo acerca de la Vitamina B12.

A. CORDOVA

Sifueos, Peter E., "Two Different Kinds of Psychotherapy of Short Duration". *American Journal of Psychiatry*, vol. 123, núm. 9, marzo 1967, p. 1064.

El término psicoterapia breve o a corto plazo se presta a confusiones, ya que una gran variedad de técnicas psicoterapéuticas que tienen poco o nada en común, excepto el ser de corta duración, han sido agrupadas bajo este rubro.

El propósito de este trabajo, basado en 9 años de experiencia del autor, con pacientes de la Clínica Psiquiátrica del Massachusetts General Hospital, es presentar un marco conceptual de referencia para dos formas de psicoterapia a corto plazo.

1) *Psicoterapia provocadora de ansiedad*: Ésta es similar en teoría a la psicoterapia dinámica o psicoanalítica y se ofrece al individuo que presenta alteraciones del carácter. Cierta grado de ansiedad es necesario durante las sesiones para motivar al paciente a comprender la naturaleza de sus conflictos emocionales, los mecanismos de defensa que utiliza y para proporcionarle una experiencia emocional correctiva.

De acuerdo con su duración, esta psicoterapia puede ser subdividida en 2 tipos.

a) La que se aplica a pacientes que son seleccionados con el siguiente criterio: inteligencia superior a la normal, haber tenido alguna relación significativa con otra persona durante la vida, ser flexible y capaz de expresar algún afecto durante las sesiones, tener alguna

área de conflictos específica y trabajar intensamente durante el tratamiento. La duración de esta terapia es de dos meses a un año, y la duración media, de cuatro meses.

b) La que constituye una intervención en momentos de crisis y se guía por el siguiente criterio: establecer rápidamente *rapport*, transformar el trabajo terapéutico en una experiencia de aprendizaje, utilizar la transferencia positiva del paciente. Por parte del paciente, revisión activa y comprensión de los hechos que lo han conducido a desarrollar la crisis, aprendizaje para anticipar situaciones provocadoras semejantes. La intervención terapéutica termina después de unas cuantas entrevistas: dos meses de duración como promedio.

2) *Psicoterapia supresora de ansiedad*: Esta forma de psicoterapia se utiliza en pacientes con graves alteraciones del carácter o de la personalidad y tiene por objeto disminuir o eliminar ansiedad por medio de técnicas de apoyo basadas en la manipulación del medio ambiente y la utilización de drogas cuando es necesario. Este tipo de terapia también se subdivide en dos grupos: a) Terapia breve y b) Terapia de apoyo durante la crisis emocional.

A. CORDOVA

Candia, O. et. al., "Brain Stem Structures Responsible for E.E.G. Patterns of Desynchronized Sleep". *Science*, 155, 1967, páginas 720-722.

Experimentos recientes han mostrado que en el gato, la fase de sueño caracterizada por ritmo electroencefalográfico desincronizado o sueño "profundo" depende de estructuras localizadas en el

tallo cerebral bajo. En trabajos anteriores, los autores efectuaron hemisecciones unilaterales a diferentes niveles del tallo cerebral y concluyeron que las estructuras responsables del patrón electroencefalográfico del sueño profundo están localizadas en las partes rostral o media del puente; y la desincronización del despertar, en estructuras que tienen un curso ascendente prevalentemente ipsilateral. En el presente estudio se hizo un intento de reproducir el efecto electroencefalográfico obtenido con hemisección del tallo cerebral produciendo en éste lesiones unilaterales, con el objeto de obtener información sobre la identificación anatómica de las estructuras desincronizadas durante el sueño profundo y de las vías ascendentes que llevan esta influencia desincronizadora.

Se usaron 42 gatos adultos. El primer grupo de experimentos constituyó una búsqueda del sitio de origen de la influencia ascendente desincronizadora del E.E.G. durante el sueño profundo, hecho mediante lesiones unilaterales a nivel de la porción rostral y media del puente. En ningún caso el E.E.G. fue asimétrico, del tipo producido por las hemisecciones pontinas. Estos hallazgos parecen indicar que la influencia ascendente responsable de la desincronización del E.E.G. durante el sueño profundo no surge de una región pontina distinta a núcleos pontinos o un haz de fibras; tampoco ocurre que una sola estructura pontina o un grupo de estructuras aparezcan como responsables del sueño profundo. Los resultados sugieren indirectamente que todas las estructuras localizadas en la mitad rostral del puente contribuyen al origen de estos patrones del E.E.G.

Los siguientes experimentos constituyeron una búsqueda de las vías ascendentes que llevan los impulsos que de-

sincronizan el E.E.G. durante el sueño, mediante lesiones unilaterales a nivel de cerebro medio. La asimetría electroencefalográfica durante el sueño profundo, del tipo observado que sigue a una hemisección del tallo cerebral a este nivel, fue producida por lesiones que involucraron principalmente estructuras "inespecíficas" y ambas estructuras, "específicas" e "inespecíficas". Las lesiones que involucraron sólo estructuras "específicas" no fueron seguidas por ninguna asimetría en el E.E.G. Estos hallazgos confirman que la desincronización del E.E.G. del sueño profundo es debida o es facilitada por estructuras localizadas en la parte más baja del tallo cerebral. Si, tomando como base trabajos previos, se acepta que el sitio donde se origina la influencia desincronizadora está a nivel pontino, los hallazgos de este estudio indican que esta influencia es llevada rostralmente por vías que corren a través del segmento del mesencéfalo. No hay datos que sugieran una vía distinta de la ya observada.

F. DEL VILLAR

Fine, W., "Epileptic Syndromes in the Elderly". *Gerontol. Clin.*, 8; 1966, pp. 121-133.

En la vejez, la mayoría de los síndromes epilépticos ocurren en pacientes con enfermedad cerebro-vascular, aunque pueden también aparecer como resultado de varias alteraciones de los senos carotídeos y la hipotensión postural. Si la condición es reconocida y tratada, el pronóstico no es grave. La epilepsia de origen cerebro-vascular puede presentarse con manifestaciones sensoriales o motoras. La epilepsia motora jacksoniana puede ocurrir en los años siguientes a una hemiplejía y un ataque puede ir seguido

