

miento sobre la duración del acceso, los intervalos y la evolución global de la psicosis maniaco-depresiva. El material lo aportaron 112 enfermos, 71 con doble forma intermitente y 41 con melancolía intermitente; del primer grupo 31 eran hombres y 40, mujeres, de 14 a 59 años. Del segundo, 15 eran hombres y 26, mujeres, entre 17 y 52 años. El número de admisiones fue de 1 a 30 ocasiones. Se recolectaron datos de otras instituciones psiquiátricas para saber frecuencia y duración de los accesos.

Según el método de tratamiento, se dividieron en 4 grupos:

1) Enfermos no tratados o tratados con opio, barbitúricos y malarioterapia (41 con forma doble intermitente y 23 con melancolía intermitente).

2) Enfermos tratados con electrochoques o por cardiazol (11 de forma doble intermitente y 7 de melancolía intermitente).

3) Pacientes tratados con electrochoques e insulina o neurolépticos (19 con forma doble intermitente y 11 con melancolía intermitente).

4) Pacientes tratados principalmente con timoanalépticos y neurolépticos en cierta etapa de la enfermedad, electrochoques e insulina (7 casos con forma doble intermitente y 6 de melancolía intermitente).

La duración media de los accesos entre los pacientes no tratados, de doble forma intermitente, es de 2 a 3.8 meses; el acceso melancólico fue de 1.6 a 3.2 en maníacos.

La duración media de los accesos en los no tratados, con melancolía intermitente fue de 2.4 a 10 meses. No hubo diferencia significativa entre la duración media del acceso en los enfermos tratados por diferentes métodos terapéuticos y la duración media del acceso

en enfermos no tratados. No hay importante diferencia entre la duración media de los primeros accesos y los siguientes, en pacientes tratados.

La duración de los intervalos dependió del primero o siguientes accesos; de que fuera paciente tratado o no y del tipo de tratamiento, llegándose a concluir que:

1) En los enfermos no tratados, con doble forma intermitente y con melancolía intermitente, la duración media de los intervalos se abrevió después de cada acceso.

2) En los pacientes con doble forma intermitente y melancolía, tratados exclusivamente con electrochoques, la duración media de intervalos entre los tres primeros accesos fue menor a la de los no tratados.

3) En los enfermos tratados por diferentes métodos simultáneos (electrochoques, insulina o neurolépticos), excepto timoanalépticos, los intervalos después de los primeros tres accesos fueron menores en los no tratados. Este acortamiento de los intervalos fue más pronunciado en la doble forma intermitente, donde los intervalos después del primero, segundo y tercer accesos difirieron de un modo estadísticamente significativo, de los intervalos en enfermos no tratados.

4) En los enfermos con melancolía intermitente, tratados por todos los métodos, los intervalos después de los tres primeros accesos fueron más cortos que en pacientes no tratados.

5) En enfermos con melancolía y doble forma intermitente, tratados por timoanalépticos, la duración media de los intervalos después de los cuatro primeros accesos fue menor que en los no tratados. Esto es más pronunciado en enfermos con accesos melancólicos en la doble forma intermitente; pero la di-

ferencia es estadísticamente significativa después del primer acceso.

6) En todos los enfermos con doble forma intermitente y melancolía intermitente, los intervalos después del 4º al 10º, y algunas veces hasta del 1º, los accesos fueron más largos.

H. SERRANO

Gershon, Samuel, "The Use of Lithium in Psychiatric Disorders". *Diseases of the Nervous System*, vol. 29, núm. 1, enero de 1968, pp. 51-55.

El autor revisa el estado actual del uso de las sales de litio en los desórdenes psiquiátricos. Desde 1874, por investigaciones de Levy, se sabe que el bromuro de litio tiene propiedades sedantes marcadas. En 1949, Cade reportó efectos benéficos del litio en casos de manía. A partir de entonces se han efectuado múltiples investigaciones que han conducido a la indicación terapéutica del litio en los estados de manía, tanto en la fase maniaca de la psicosis maniaco-depresiva, como en la manía recurrente, e igualmente en el control de la fase como en la prevención. También se le ha considerado útil en el tratamiento de la sobreactividad psicomotora, en los desórdenes esquizo-afectivos con sobreactividad, en la excitación catatónica, y en la sobreactividad y trastornos de la conducta de enfermos epilépticos. Se ha establecido que las sales de litio han sido efectivas en pacientes que no han respondido al electrochoque ni a las fenotiazinas.

Se pueden esbozar algunas generalidades acerca del efecto terapéutico del litio, a saber: mejoría concomitante al tratamiento, efectividad terapéutica en

los casos con pobre pronóstico de remisión y prevención de ataques maniacos periódicamente recurrentes.

Los casos crónicos de manía responden al tratamiento a base de litio con la disminución o desaparición de los síntomas en tanto se administra el litio, pero la suspensión del tratamiento hace que los síntomas reaparezcan en 3 días, aproximadamente.

El porcentaje de pacientes maniacos mejorados fue, según Schon, 82 % en 48 pacientes y en otra serie de 119 casos, 78 %. Teuil encontró en 25 pacientes, de los cuales la mitad era resistente a otros tipos de tratamiento, 80 % de mejoría.

Se han atribuido las siguientes ventajas a la medicación con sales de litio:

Control del padecimiento en 5 a 10 días. Posibilidad de manejar al paciente "extrahospitalariamente". Ausencia de efectos narcóticos e hipnóticos. Reintegración del paciente a una vida activa y productiva. En condiciones de control adecuado hay poca toxicidad y los efectos colaterales desagradables son escasos aun en terapias prolongadas. Tampoco hay adicción, ni reacciones severas a la suspensión del medicamento, que además es de bajo costo.

Las sales de litio se administran por vía oral (aunque son absorbidas por cualquier vía, en forma satisfactoria), en dosis de 6 a 12 tabletas de 330 mg. c/u. Ésta es la dosis inicial o de impregnación. La dosis se determina en cada paciente tomando en cuenta su peso corporal. Los niveles plasmáticos deben mantenerse por debajo de los 2 mg/l, con el fin de evitar efectos tóxicos.

Se ha observado que los enfermos maniacos toleran mayor dosis de sales de litio en comparación con los sujetos normales o normalizados, por lo que

una vez desaparecida la fase maniaca se debe reducir la dosis a fin de evitar efectos tóxicos. Los niveles plasmáticos óptimos se encuentran entre los 0.4 y 0.8 mEq/l.

Las manifestaciones tóxicas debidas a la sobredosificación son: anorexia, náusea, vómito, diarrea, sed, sequedad de la boca, pérdida de peso, debilidad muscular, movimientos coreo-atetósicos, aumento de los reflejos profundos, anestesia, incontinencia esfinteriana, poliuria, glucosuria, letargo y tendencia al sueño, deshidratación, aumento del pH urinario y aumento en la excreción de K, Cl y especialmente Na, confusión mental, somnolencia, estupor y coma. El tratamiento básico de la intoxicación por litio consiste en reponer el agua, Na, K y Cl bajo control de laboratorio.

El autor concluye que: "Parece razonable pensar que el litio tiene una importante acción psicofarmacológica específica en el tratamiento de la manía y es útil en la profilaxis de las recaídas."

A. CÓRDOVA

Warton, Ralph N., "The Use of Lithium in the Affective Psychoses". *American Journal of Psychiatry*, vol. 123, núm. 6, diciembre de 1966, p. 706.

Se presenta el estudio de 19 pacientes, tratados con carbonato de litio.

Los pacientes seleccionados presentaban hiperactividad, verborrea y elación. El diagnóstico fue de estado maniaco. Se excluyeron pacientes que sufrían alguna enfermedad física seria, así como cualquier alteración cardíaca o renal.

Antes de iniciarse la administración del medicamento, los pacientes perma-

necieron 10 días internados, sin ningún medicamento (excepto un placebo). Durante este tiempo, se les vigiló cuidadosamente para anotar sus síntomas, así como las variaciones de éstos. Para controlar la dosis del medicamento se efectuaron (dos veces por semana) determinaciones de los niveles sanguíneos de litio hasta obtener una concentración de 1 a 2 mEq./l. Esta concentración se mantuvo durante 2 semanas; posteriormente el nivel fue sostenido entre 0.5 y 1.0 mEq./l. Estos niveles se alcanzaron con una dosis promedio de 1200 a 1800 mg diarios durante los primeros días y con una dosis de sostén de 900 mg. El autor concluye que en 11 de los pacientes (44 %) hubo un franco acortamiento del episodio maniaco en comparación con anteriores.

El autor señala que los síntomas de toxicidad del litio son: dolor gastro-intestinal, ataxia, temblores finos, hipotensión arterial y, raramente, crisis epileptiformes.

Concentraciones elevadas de litio pueden bloquear el metabolismo de los carbohidratos y de los aminoácidos, afectando ciertos sistemas enzimáticos, e impedir el metabolismo de los astrocitos en cultivo de tejido. Estas dosis son muy superiores a las que se emplean en el ser humano con fines terapéuticos.

A. CÓRDOVA

Schores, E. C., "Mistakes in the Diagnosis of Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, vol. 124, núm. 8, febrero de 1968, pp. 1057-62.

Se trata de un estudio realizado en la Clínica Lafayette de Detroit, durante dos años, en los que se intentó precisar la causa de los errores en el diagnóstico de

la esquizofrenia. Para ello se adoptó la descripción de este padecimiento hecha por E. Bleuler.

31.9 % de 344 pacientes diagnosticados como esquizofrénicos recibieron posteriormente otros diagnósticos finales. Estos casos de "pseudoesquizofrénicos" se estudiaron más detenidamente y se encontró que sus diagnósticos finales tenían casi la misma distribución en el grupo que en la población general.

Se establecieron así cuatro grupos:

G.1.—Diagnosticados como neuróticos o con desórdenes de la personalidad.

G.2.—Esquizofrénicos, cuyo diagnóstico no fue difícil, y que se correspondían en edad y sexo con los del G.1.

G.3.—Formado por pacientes cuyas edades y sexos corresponden al grupo 1 y que fueron clasificados como neuróticos estables.

G.4.—35 pacientes diagnosticados primeramente como neuróticos o con desórdenes de la personalidad y finalmente como "esquizofrénicos seudoneuróticos".

Los errores se debieron a que los médicos residentes no sabían cómo detectar un desorden en el proceso del pensamiento; porque éste no se manifestó en el momento de la entrevista, o bien porque en algunos lugares del Sur el psiquiatra blanco se inclinaba con frecuencia a poner la etiqueta de esquizofrenia a personas de color negro. En otras ocasiones, porque se da el nombre de esquizofrenia a reacciones que no son de este tipo.

Se encontró también que el momento del estudio era un factor muy importante, así como el hecho de que desarrollaban actividades paramédicas y éstas obstaculizaron el diagnóstico. Otro motivo de error fue el deseo del médico de proteger a su paciente.

F. DEL VILLAR

Beisser, A. R., N. Glasser y N. Grant, "Psychosocial Adjustment in Children of Schizophrenic Mothers". *Journal of Ner. and Mental Dis.*, vol. 145, diciembre de 1967, pp. 429-440.

Este estudio fue diseñado para recoger información objetiva y confiable acerca del grado de adaptación en niños de madres esquizofrénicas. El estudio prolongado de familias esquizofrénicas se hizo usando como control grupos de niños cuyos padres no tenían enfermedad psiquiátrica y de iguales condiciones socio-económicas; se usaron también medidas de la adaptación de los niños y de los padres.

La hipótesis básica es que los niños de madres con diagnóstico de esquizofrenia mostrarían en mayor grado signos de un mal ajuste conductual en comparación con grupos de niños de madres sin disturbio psiquiátrico o con disturbio menos serio, como psiconeurosis.

Este estudio duró dos años, durante los que se observaron 240 niños de tres grupos de madres diferentes; 96, con madres esquizofrénicas, 48, con madres psiconeuróticas y 90 con madres "normales".

Se buscó que las madres esquizofrénicas y psiconeuróticas hubieran tenido una sola internación y que hubieran vivido con su familia el último año. El grupo de control fue comparado con los otros dos grupos y se le hizo coincidir en sexo, edad y nivel ocupacional del padre. Se buscó que los niños asistieran en la escuela a la misma clase a la que asistían los otros dos grupos.

Los resultados fueron extraídos de un cuestionario sobre la conducta de 224 niños, hecho a ambos padres, y de un

