

incluidos en 2 listas por lo menos. Se les clasificó en dos grupos: los más difíciles (MD) y los menos difíciles (md). Hubo más psicópatas en el grupo MD y más esquizofrénicos paranoides en el grupo md.

Los pacientes MD mostraron mayores rasgos psicopáticos (Muy significativo), conducta auto-mutilatoria (Significativo) y adicción a drogas (S). Más pacientes md se fugaron (S), estaban físicamente enfermos (S), o eran maltratados e injuriados por sus familias (Muy significativo). En cuanto a los síntomas, los pacientes MD mostraron: rasgos maníacos (S), histéricos, antisociales o agresivos (MMS); así como homosexualidad y otras desviaciones sexuales (MMS). Por otro lado los pacientes md tenían ideas delirantes (S), alucinaciones (S) y trastornos del pensamiento (MMS); también mostraron trastornos de la volición (S) y trastornos motores (S). El número total de síntomas mostrado por los pacientes MD superó al de los md. Se tabularon también la frecuencia de los síntomas y rasgos característicos en ambos grupos: los pacientes MD son más enérgicos, comunicativos, sociables, interesados en el medio y actividades sociales que los pacientes md; sin embargo, participan menos en las funciones sociales que se les encomiendan. El paciente MD coopera menos con las enfermeras o enfermeros, y probablemente menos, con médicos y psicólogos.

Los enfermeros utilizaron más el término "molestos" para referirse a los pacientes MD y las enfermeras los describieron como argumentadores, quejumbrosos y querellantes.

El autor refiere sus observaciones desde el punto de vista de la adaptación del paciente al medio hospitalario con sus normas y reglamentos. Reconoce que

no todos los enfermos pueden desempeñar bien el papel de pacientes, pero una vez que lo admiten, están exentos, en proporción a su enfermedad, de ciertas obligaciones sociales. Al psicópata le es difícil, por la naturaleza misma de su enfermedad, aceptar el papel de enfermo. De ahí su difícil adaptación al hospital y por consecuencia su difícil manejo. Aparte de lo antes dicho, "el papel" de enfermo acarrea también obligaciones, tales como cooperar con quienes están tratando de ayudarlo. Señala por último el autor que si los enfermos esquizofrénicos resultaron pacientes md, ello puede deberse a que el hospital donde se practicó el estudio pone especial énfasis en la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos.

G. MACÍAS

Miller, E., "Psychological Theories of Electro-Shock Therapy: A Review". *Brit. Journal Psychiat.*, vol. 113, 1967, pp. 301-11.

La terapia electroconvulsivante es un tratamiento útil, sobre todo en la depresión endógena, que produce trastornos en la memoria y confusión.

Todas las teorías psicoanalíticas acerca del efecto terapéutico del electrochoque postulan implícita o explícitamente que el efecto benéfico se debe a un reforzamiento de la *represión* (proceso que es opuesto a la terapia psicoanalítica).

Algunos autores piensan que el tratamiento produce una regresión a conductas infantiles e incluso prenatales. Hay autores como Powers que señalan que la regresión no es psicológica, sino fisiológica, ya que los movimientos tónicos y clónicos se han visto en la vida fetal de humanos así como de carneros y que, por lo tanto, hay una regresión

de la función nerviosa a nivel fetal. Otros autores piensan que el miedo, y no las convulsiones, produce la mejoría en el paciente. Esto, que pudiera ser más cierto en el caso del cardiazol, se ha tratado de demostrar aplicando *tests*. Otros más, postulan que el paciente tomaría el tratamiento como un castigo apropiado a sus sentimientos de culpa, los cuales, como es bien sabido, son muy frecuentes en la depresión endógena y que evidentemente desaparecen con el tratamiento. La regresión sería a etapas en las que el niño es dependiente de la disciplina paterna.

En suma, las hipótesis psicoanalíticas tratan de explicar el efecto benéfico, dejando de lado al efecto de las convulsiones.

En cuanto a las teorías somáticas, una de ellas es que el efecto benéfico del electrochoque se debe a que daña las células nerviosas. En 1957 Stenback y colaboradores encontraron cambios en el *test* de Rorschach después de 3 electrochoques. Parece más congruente postular cambios vasculares, quizá temporales. De todos modos esto no nos aclararía si tales cambios son las causas de la modificación de la conducta o sólo un incidente del tratamiento.

Cameron sugiere que al desaparecer la amnesia consecutiva al tratamiento, los nuevos acontecimientos son incorporados dentro del marco de la conducta que emerge, y si este marco es el de conducta normal, los patrones de conducta anormal, incompatibles, no son incorporados. Janis mostró que la amnesia es mayor para los hechos recientes y los eventos angustiosos. Sin embargo, el electrochoque unilateral no produce amnesia y sí efectos benéficos. Aunque esto no invalida del todo las teorías de la amnesia, hace necesario un nuevo planteamiento.

Algunos autores han acentuado el elemento "choque" y suponen que el tratamiento produce una especie de sacudida psicológica que pone al paciente cara a cara con la realidad. Fould postuló que el electrochoque rompe la sucesión de pensamientos dolorosos y Hetherington señala que en la depresión hay retardo motor, pero también hiperactividad del pensamiento. Precisamente el electrochoque suprime el retardo motor y produce retardo psíquico.

En experimentos con animales se ha investigado la *amnesia* causada por el electrochoque; el fenómeno eléctrico no debe ser diferente en el animal que en el hombre. Una teoría basada en esta clase de estudios es la de la consolidación neural, según la cual, para que se establezca un recuerdo, es necesario que pase del trazo de memoria original, que es temporal, a una forma más permanente, es decir, que sea *consolidado*; y así, el electrochoque administrado durante el proceso de consolidación causa amnesia retroactiva para al material aún no consolidado.

Lewis y Maher sugieren que el coma que sigue a la convulsión es debido a "protección inhibitoria" y que los componentes de esta inhibición se vuelven condicionados a los estímulos del medio. Si esta teoría fuera cierta permitiría predecir que el electrochoque dado en el mismo lugar en el que el aprendizaje tuvo lugar, desorganizaría el aprendizaje más fácilmente que en otra situación. Sin embargo, Quartermain y colaboradores encontraron que el lugar en el que se da el electrochoque carece de importancia, como lo predice la teoría de la consolidación.

Los experimentos en animales han probado la teoría de la consolidación neural, pero sugieren que cuando se dan series de electrochoques participan otros



factores. La confusión es uno de esos factores, la cual es difícil de definir o carece de significado en animales.

El autor de esta revisión propone que las fallas en las teorías se deben a que se desconoce casi totalmente la etiología de la enfermedad tratada por el electrochoque. Hay poca información bien establecida acerca de los efectos de los electrochoques. Sin embargo, se sabe que sirven para el tratamiento de la

depresión endógena, que tiene un efecto en la evocación de hechos pasados que causan confusión. Las teorías propuestas han sido altamente especulativas, basadas sólo en impresiones clínicas carentes de base experimental. El autor sugiere una aproximación al estudio de los efectos del electrochoque a través de la experimentación en animales.

G. MACÍAS



Director: Leopoldo Zea

Revista monográfica: cada número analiza problemas específicos

Colaboraciones
de los más destacados intelectuales
sobre temas de actualidad

Aparecerá 3 veces al año

Precio \$ 15.00

PIDALA EN LAS BUENAS LIBRERIAS

