

tras la estructura social permanece similar. Además existen factores individuales determinantes como el sexo: resulta más frecuente el suicidio en el hombre que en la mujer; la edad: por arriba de los 45 años se encuentra en una alta frecuencia. También ocurre entre personas separadas, viudos o solteros; en familias poco numerosas; en las grandes urbes, en lugares de concentración de hoteles y de individuos; en la clase media alta y alta; en gente con historia de hogar roto, en la infancia, con trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad o psicópatas), con enfermedades físicas; en médicos, dentistas, abogados y oficiales de la armada retirados. De estos resultados se puede concluir que mientras más aislado y menos integrado se encuentra el individuo en una sociedad, hay más tendencia al suicidio.

Desde el punto de vista psicoanalítico se considera al suicidio como un problema específicamente humano; es la expresión del instinto de muerte o de agresión contra sí mismo y ocurre habitualmente en personas con experiencias traumáticas infantiles, como el hogar roto por abandono de uno de los padres, muerte o ausencia por largo tiempo, que hacen al individuo inestable y dispuesto a quebrarse bajo condiciones de *stress*. No hace el autor un estudio psicoanalítico más extenso.

La segunda parte del libro se dedica al estudio de los intentos de suicidio, del que se deriva que existe una clara diferenciación con respecto a suicidios reales.

Son más frecuentes en la mujer, entre edades que oscilan entre 24 y 44 años.

El intento suicida se debe considerar como un aviso de que algo está sucediendo a una persona. La frecuencia de intentos de suicidio en ciertas socieda-

des específicas se puede relacionar con algo en esa sociedad que lleva a las personas a cometer tales actos; como manifestación de alguna patología, no solamente individual, sino social. Algunos psiquiatras consideran el problema del intento suicida como una forma de ganancia secundaria, sin ir más al fondo del problema. El autor sugiere la urgencia de analizar el concepto que tiene la sociedad sobre este fenómeno y la necesidad de actuar en forma efectiva para disminuir la frecuencia de suicidios y de intentos, expresión de un estado de sufrimiento profundo. El autor hace escasos comentarios a este respecto.

Se trata de un libro que despierta inquietudes, que analiza en forma breve las múltiples facetas de los suicidios y de los intentos de suicidio, tanto en el campo individual de la patología psiquiátrica como a nivel social.

J. GANC K.

Wittkower, E. D. y Z. J. Lipowski, "Recent Development in Psychosomatic Medicine". *Psychosomatic Medicine*, V-XXVIII, núm. 5, septiembre-octubre de 1966, página 722.

Se presenta una revisión de los mayores desarrollos y tendencias en medicina psicosomática durante los últimos cinco años. Como referencia se usa un breve examen que cubre las dos décadas anteriores y se sugieren áreas prometedoras de exploración.

Se encuentra que los psiquiatras continúan contribuyendo a las investigaciones más relevantes, pero existe un aumento en la participación de psicólogos

y otros científicos. Se nota un cambio de la observación clínica a la investigación de laboratorio y de una psicodinámica retrospectiva de reconstrucción a una descripción fenomenológica de la conducta en situaciones experimentales más o menos claramente definidas. Se observa una declinación notable de especulación teórica en relación a los antecedentes psicológicos del cambio somático y la enfermedad. Existe un nuevo interés en la frecuencia, naturaleza y posibles determinantes socioculturales en los desórdenes psicosomáticos. En general, la medicina psicosomática ha continuado en su florecimiento como una ciencia en lugar de una disciplina clínica.

Se espera que en cierto momento la escena de la medicina psicosomática pueda ser dominada por la investigación psicofisiológica, llevada a cabo por psicólogos, fisiólogos, neurofisiólogos, bioquímicos, psiquiatras que trabajan en laboratorio y otros especialistas médicos. De acuerdo con esto, la curiosidad científica aumentará y se trasladará de lo anormal a lo normal y del estudio de los seres humanos al estudio experimental con animales.

Se hace una lista de las zonas de investigación psicosomática, las cuales parecen ser particularmente prometedoras y/o necesarias.

Clínicamente es necesaria una mayor investigación básica de cómo los procesos simbólicos resultan en cambios somáticos y cómo estos procesos somáticos resultan, en consecuencia, simbólicos.

La aplicación de agentes psicofarmacológicos a la investigación psicosomática, es un campo que no ha sido tocado por la investigación sistemática, el cual debe ofrecer oportunidades para aclarar importantes mecanismos psicofisiológicos.

Estudios epidemiológicos incluyen el reconocimiento y descripción de patrones psicosomáticos en varias culturas, el establecimiento de un criterio para su identificación y la colocación de su distribución en un mapa.

Mientras que el estudio de los efectos del *stress* psicológico es fundamental para la comprensión de las enfermedades; del estudio de los efectos en los estados experimentales de optimismo, alegría, simpatía y demás podrían elucidarse factores psicológicos relevantes en el mantenimiento de la salud y su resistencia, así como la tolerancia hacia la enfermedad somática.

Una zona, que no ha sido explorada, de ambos puntos psicológicos y psicosomáticos es aquella relacionada con estados alterados de la conciencia como el delirio, la fuga psicogénica, ataques catatímicos, despersonalización, etc.

El desarrollo de las llamadas psicosis inducidas por las drogas, o hablando en forma estricta, alteraciones experimentales de la conciencia, ofrecen un instrumento particularmente valioso para la investigación psicosomática, la cual atraerá mayor interés en el futuro.

El estudio del desarrollo psicofisiológico tanto prenatal e infantil se encuentra en vías de crecimiento. Se puede ver aquí una gradual clasificación del concepto de la constitución y predisposición psicosomática hacia enfermedades somáticas.

Parece ser que los desórdenes de la imagen del cuerpo así como estados alterados de la conciencia pueden ser el resultado de una patología gruesa del cerebro o bien de crisis de relaciones interpersonales con sus consecuencias en el nivel simbólico.

Finalmente, lo que más se necesita es la aplicación de los conceptos de las filo-

sofías de las ciencias a las teorías psicósomáticas.

C. SAGARMINAGA N.

Levy, Sol, "The Hyperkinetic Child. A Forgotten Entity, its Diagnosis and Treatment. *International Journal of Neuropsychiatry*, vol. 2, núm. 4, agosto de 1966, página 330.

El autor empieza llamando la atención sobre el hecho de que en las últimas dos o tres décadas se ha incrementado enormemente el problema de los desórdenes de conducta infantil, pese a que, al mismo tiempo, la psiquiatría ha logrado importantes avances. La explicación está, para el autor, en que nos hemos desviado por el camino equivocado al buscar las causas de la patología de la conducta en los factores culturales y sociales. Si nuestras investigaciones etiológicas y terapéuticas fueran correctas, el problema tendería a disminuir, como sucede en otros padecimientos médicos de base puramente física. Esto, por supuesto, sin dejar de reconocer que los factores ambientales y psicógenos existen e influyen indudablemente.

Los médicos que trabajan con niños han tendido durante muchos años a localizar su interés principalmente en las reacciones emocionales a pasadas experiencias vitales, tomándolas como lo determinante, junto con los llamados factores psicológicos, para la conducta anormal y la delincuencia juvenil. Más recientemente, otra vez, la atención se vuelve hacia los factores orgánicos y se les reconoce una incidencia mucho mayor de lo que se creía. La actitud de quienes buscan la etiología de la conducta anormal del niño en la psicodina-

mia y en las influencias sociales, culturales y ambientales, excluyendo categóricamente los factores orgánicos, puede ilustrarse bien con la opinión del Dr. A. Blau quien sostiene que "muchos casos diagnosticados al principio como síndromes orgánicos, se identifican después de un estudio más completo como neurosis de ansiedad psicógena con desórdenes de la conducta... la relación con el daño somático es frecuentemente emocional, como un factor agravante o precipitante". (Blau, A. *Res. Publ. Assoc. Nerv. Ment. Dis.* 34: 404, 1954). Sin embargo, desde 1933 Kahn y Cohen (Kahn, E. y L. H. Cohen, *New Eng. J. Med.* 210:78; abril 5, 1934) describieron un "síndrome orgánico cerebral" caracterizado por hiperkinesia e impulsividad y debido, en su opinión, a una alteración orgánica del tallo cerebral. Describieron los siguientes síntomas: 1) Un alto grado de hiperkinesia con movimientos coreiformes o parecidos a tics en la cara, el tronco y las extremidades. 2) Dificultad y a veces una casi incapacidad para permanecer quieto. 3) Torpeza de movimientos, aun los sencillos, y 4) Una liberación motora explosiva de todas las actividades voluntarias inhibidas.

El autor menciona después los trabajos de Bond y Apple así como los de Greenebaum y Lurie, que ampliaron el conocimiento del síndrome. Recuerda posteriormente que los niños con daño cerebral suelen exhibir un tipo de *acting out* que es responsable de ciertos actos antisociales. Señala que a pesar de que los adolescentes "incorregibles" y los delinquentes juveniles suelen conducirse en forma muy similar a los que sufren un daño cerebral con síndrome hiperkinético, como lo han demostrado Bradley, Frosch y Wortis, Lurie y Levy, Anderson, etc., aún se sigue pensando más

bien en las causas psicodinámicas. De este modo, pese a que el síndrome hiperkinético es tan común e importante, es hoy una entidad olvidada y con ello se hace un gran daño al niño y a su familia, puesto que no se establece el tratamiento adecuado. El diagnóstico puede hacerse fácilmente, sin embargo, si se tiene en mente su posibilidad y se estudia al niño convenientemente por medio de una historia completa.

Según el autor, el estudio neurológico aporta escasos datos, aunque se describen signos mínimos, como ligera espasticidad, incoordinación visomotora, etcétera. El E.E.G. no proporciona datos consistentes, aunque siempre debe hacerse, y lo mismo puede decirse de los tests psicológicos.

En cuanto al tratamiento, debe evitarse la actitud fatalista de quienes han sostenido la imposibilidad de actuar contra el daño orgánico. Hasta que Bradley, hace más de 25 años, introdujo el uso de las anfetaminas, los tratamientos fueron muy pobres. Los barbituratos, los anticonvulsivantes y los tranquilizantes han resultado de escaso o ningún valor. Las fenotiazinas, la reserpina, el ritalin, el tofranil, el librium, el valium y otras, tienen algún resultado benéfico pero no son específicos como parece que lo es la anfetamina. La mejoría con esta droga es muy clara, se inicia en pocos días y se observa sobre todo en el nivel escolar. Se recomiendan dosis altas por tiempo prolongado (de 10 a 40 mgs. diarios durante uno o más años). Se llama la atención sobre posibles efectos indeseables pero se aclara que en el estudio hecho por el autor en 225 niños, sólo 4 no toleraron el medicamento. A veces, al principio se exacerban los síntomas pero lo prudente es esperar un mínimo de un mes para decidirse a descartar la droga, ya que los casos inicialmente ad-

versos suelen evolucionar mejor posteriormente. Al autor le parece tan segura la acción del sulfato de benzedrina, que propone su uso con fines diagnósticos puesto que si no produce mejoría, debe pensarse en que no se trata de un verdadero síndrome hiperkinético.

La conclusión es que el síndrome hiperkinético o "desorden de conducta postencefalítico", es un trastorno definitivamente orgánico, reversible y cuyo tratamiento debe hacerse con altas y prolongadas dosis de anfetaminas. Por último, el autor refrenda sus propias palabras de 1959, en el sentido de que muchos casos catalogados de "desórdenes de conducta" y de delincuencia juvenil, son causados por un síndrome orgánico cuyo reconocimiento se olvida con frecuencia.

R. VELASCO F.

Small, G. J., F. I. Small y P. M. Hayden, "Further Psychiatric Investigation of Patients with Temporal and Nontemporal Lobe Epilepsy." *American J. Psychiatry*, vol. 123, núm. 3, septiembre de 1966, pp. 303-310.

En este trabajo, los autores tratan de demostrar, yendo en contra de toda la literatura reciente, que la epilepsia del lóbulo temporal no puede ser diferenciada por sus manifestaciones psiquiátricas, de otros trastornos convulsivos.

Para probar esta hipótesis, que es la base de este trabajo, seleccionaron 2 grupos de 50 enfermos cada uno; al primero, proveniente de los hospitales y clínicas de la Universidad de Oregon, lo denominaron médico (neurológico) o de control, al otro grupo del Malcom

