

mayor que en las familias normales y el tiempo requerido para su rehabilitación es desproporcionadamente mayor.

El síndrome del matriarcado dominante es un complejo de interrelación familiar formado por mujeres de tres generaciones: la abuela materna, la hija de ésta y la nieta; hay también dos hombres involucrados, el abuelo materno y el esposo de la hija. La abuela es la figura dominante; la figura de su esposo es débil, pusilánime y reacciona con síntomas histéricos cuando ella le llama la atención. Años después de casados, ella decide tener un hijo. El producto de su embarazo es del sexo femenino, lo cual le disgusta, y continuamente recuerda a su esposo que durante el parto se vio muy grave. Frecuentemente pudo persuadir al médico de la familia para que dijera que un embarazo más sería mortal, y por este medio se eximió totalmente de tener relaciones sexuales con su esposo. La niña crece sobreprotegida, obsesivamente limpia, fastidiosa y orientada con dureza por su madre. Sufre frecuentes resfriados; se siente discriminada por sus maestros; tiene frecuentes dolores de cabeza, y más tarde presenta dismenorrea y constipación. En el caso típico, ella nunca se embaraza antes de casarse y elige un hombre débil como su padre; el futuro yerno es aprobado por su madre. La joven pareja vive algunos años con los padres de ella, con excelentes justificaciones de tipo financiero, pero la razón real es que estas hijas necesitan la ayuda de sus madres para dominar al esposo, y entrambas forman un equipo para controlar a los dos hombres. A los cuatro años, la hija se embaraza y tiene una niña, y siguen viviendo en la misma casa durante los primeros años de la vida de la nieta.

Esta niña sufre los mismos achaques que su madre, pero más exagerados, y además lo que el autor denominó "clásica fobia escolar" cuyas manifestaciones son: miedo a ir a la escuela, llorar en clase, vomitar en la parada del camión que la recoge e insomnio: por lo que siempre va de consulta al médico familiar, adonde la madre y la abuela la acompañan; ésta habla, la madre está de acuerdo y si se encuentra presente alguno de los esposos, calla. Antes de la pubertad de la nieta, se cambian de domicilio a la vuelta de la esquina o enfrente de la casa materna. A medida que la abuela se debilita físicamente, los domina con sus síntomas hipersensitivos. Cuando la abuela muere, la hija presenta una depresión patológica.

Este es el patrón clásico del síndrome aquí estudiado, y se caracteriza por la falta de discernimiento de los miembros de la generación intermedia. Dicho cuadro se encontró en 7 de los 13 casos estudiados.

Se describen dos variantes importantes del cuadro anterior, como resultado de la rebelión de un miembro de la unidad familiar.

a) Embarazo prematrimonial por rebelión de la nieta. Niña quieta y moderada en la escuela, excesivamente dominada por la abuela y la madre; padre insignificante y permanentemente deprimido. Se embaraza a los 18 años por haberse relacionado con un hombre casado, a quien conoció casualmente en su recorrido hacia el colegio, y que le había sido impuesto por su madre. Al enterarse de lo ocurrido a la muchacha, el padre se colapsa, y la abuela y la madre se preparan a tramitar la adopción del producto y guardar el hecho en el mayor secreto. Tres casos de los trece estudiados corresponden a este tipo.

b) Divorcio por rebelión del yerno. Éste se niega a ser dominado por su esposa y su suegra, que vive a pocas cuadras de su hogar. Se siente agraviado porque tienen a su pequeña hija en contra de él, con las continuas discusiones de ambas menospreciándolo delante de la niña. Él intenta afirmarse como hombre, pero su esposa y su hija se mudan a la casa de la abuela, por lo que fracasa en este intento. Bebe y lleva a vivir a otra mujer al hogar abandonado por la esposa. La abuela dice haber confirmado plenamente las oscuras sospechas sobre su yerno. La esposa solicita el divorcio. La niña padece insomnio, terrores nocturnos, tiembla cuando hace berrinches, tiene enuresis y tartamudea.

En todos los casos el médico de la familia empezó a tratar a las niñas; la madre acepta que su propia sintomatología física se debe a "nervios", pero no es capaz de comprender que su misma madre e hija estuviesen afectadas emocionalmente. Una historia familiar tomada sólo de la madre que acompaña a su pequeña hija a la consulta es deficiente en virtud de que, por lo general, no se interroga a las abuelas maternas. Aun en sociedades básicamente patriarcales, en que la libertad de movimiento de la generación intermedia es mayor y sin problemas, hay que tomar en cuenta la presencia de familias de tipo matriarcal, que son las que mayor número de niños enfermos aportan a las clínicas de conducta.

M. ROMERO FLORES

Romasewska, Kristyna, Irena Wlowska y A. Jus., "Evolution Des Accés de la Psychose Maniaco Depressive Periodique et Methods

de Traitement". *Annales Medico-Psychologiques*, París, T 2., año 125, núm. 5, diciembre de 1967, p. 725-737.

El tratamiento moderno de la psicosis periódica maniaco-depresiva interrumpe los síntomas más rápidamente que la terapia psiquiátrica activa.

Los medicamentos pueden actuar en dos direcciones: sobre los síntomas del acceso y sobre el intervalo. Teóricamente una acción rápida sobre los síntomas del acceso debería alargar los intervalos, pero no sucede así. El tratamiento moderno entraña accesos más frecuentes y una reducción en los intervalos.

El tratamiento de los accesos melancólicos por electrochoque facilita la transición del acceso depresivo al maniaco. Los timo-analépticos y los derivados del imino-di-benzilo pueden acelerar la iniciación del acceso maniaco.

Los autores piensan que el uso de las butirofenonas, aplicadas durante el acceso maniaco, provoca un acceso melancólico en pacientes que no evolucionarían en esta forma. Las drogas psitropicas pueden acortar la duración del acceso y provocar su mayor frecuencia, así como la alteración de los intervalos.

La supresión de las dosis de mantenimiento puede provocar una reaparición de los síntomas, un alargamiento del acceso y un acortamiento del intervalo.

Algunos autores señalan que un 54 % de este mismo tipo de pacientes son readmitidos antes de dos años de haber egresado, a pesar de estar tomando medicamentos.

El trabajo consiste en analizar la influencia de diferentes métodos de trata-



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

