

se dice esto es posible que el médico una que bebe porque no se siente así.

El beber en forma excesiva durante el lapso de tiempo, puede ser un síntoma de profundos trastornos emocionales, neuróticos, psicóticos o caracterológicos. Tal vez sea una equivocación diagnosticar esto como alcoholismo, pero con tiempo se desarrolla una condición muy distinta y, de ser un síntoma aislado, se va convirtiendo en un nuevo estilo de vida, con sus problemas y sus gratificaciones tanto en lo individual como lo social; con sus propias relaciones, hábitos, actitudes y creencias, su razón de ser y su propia identidad —ser un bebedor habitual—, y la idea que esto significa para el individuo en particular una cultura dada. Esto hace posible un cierto tipo de identificación mientras bebe y en los periodos de sobriedad. Los alcohólicos presumen de su pasado fermo, parecen orgullosos de recordar sus borracheras, las cantidades de alcohol que han consumido, las vergonzosas, tontas y algunas veces pícaras, pero si nunca malvadas acciones perpetradas bajo la influencia del alcohol. Otro factor esencial es la posibilidad de librarse de las inhibiciones, del miedo, los convencionalismos y por tanto de sentirse valientes, sin preocupaciones y lizas, convirtiéndose en la imagen del héroe de los adolescentes, aunque sin estas ni valores. Por esto, el autor condona que en el alcoholismo, más que la "ganancia secundaria" hay una "ganancia primaria".

Los alcohólicos niegan sentirse mal cuando están sobrios y no encuentran problemas de los que traten de huir, con imitación del aburrimiento. La mayoría de los alcohólicos en estado de sobriedad se sienten aburridos, atrapados en un presente que no tiene fronteras, para escapar de él, donde el agradable pasado fue apenas ayer y el futuro

es quizá prometedor, pero fuera de alcance. Ésa es la esencia del aburrimiento. Resienten su situación pero continúan haciendo lo opuesto a lo que el sentido común les dicta. Les gusta probar que todos están equivocados, en defensa de su sentido de identidad y, paradójicamente, siempre convencen, una y otra vez, que su pronóstico es favorable, al grado de que sufren de un optimismo que podríamos llamar patológico, tanto el paciente como su familia, en cuanto a sus posibilidades de curación.

El alcohólico desconfía del psiquiatra porque intuye que, de acuerdo con la sociedad, desea que él abandone su estilo de vida establecido hace mucho: una forma de ser con la cual tal vez no está satisfecho, pero con la que se siente "en su casa".

Entonces: ¿Por qué busca cura el alcohólico? Por fallas de salud, envejecimiento prematuro, críticas y rechazo familiar y social, aislamiento, etc. Pero dentro de sí no siente el alcoholismo como una enfermedad, sino como un modo de vida que otros no tienen derecho a criticar. Su ansiedad y sus problemas los proyecta sintiendo en esta forma que la sociedad le es hostil; y la fuerza poderosa que opone a su curación es básicamente el miedo a perder su identidad.

J. McCREOR

C. J. Tucker, T. Detre, "Behavior and symptoms of psychiatric patients and the electroencefalogram" *Archives of General Psychiatry*, vol. XII, marzo de 1965.

El estudio que presentan los autores intenta:

1. Presentar descripciones sintomáticas y conductuales de pacientes psiquiátricos con E. E. G. normal y anormal.

2. Delinear cualquier anomalía del E.E.G. relacionada con trastornos de la conducta.

Durante 28 meses se estudiaron 95 pacientes con E.E.G. anormal y 45 con E.E.G. normal seleccionados al azar. Los desórdenes de conducta fueron clasificados de moderados a severos usando una escala del 0 al 4. Algunos de los pacientes estudiados estaban bajo tratamiento psicofarmacológico, pero nunca se usaron barbitúricos antes de practicar los E.E.G. Se encontró que los efectos de las fenotiazinas sobre el E.E.G. son mínimos a menos que se administren dosis muy altas.

De los 484 pacientes admitidos durante un periodo de 28 meses, 95 (20%) de ellos tenían un E.E.G. anormal, de los cuales 69 eran mujeres y 26 varones. Se estima que la presencia de anomalías E.E.G. en individuos "normales" varía del 5 al 30%.

La distribución de los diagnósticos en ambos grupos de pacientes fue la siguiente: entre los que tuvieron un E.E.G. normal el 22% eran esquizofrénicos, 54% deprimidos, 17% neuróticos y .07% orgánicos. De los que presentaron un E.E.G. anormal 37% fueron esquizofrénicos, 26% deprimidos, 18.5% neuróticos y 18.5% orgánicos.

Respecto a los desórdenes de la conducta, los autores utilizaron 45 síntomas divididos en trastornos de la conducta, afectivos, del pensamiento, de la percepción, del sensorio, vegetativos y psicomotrices.

Solamente dos factores relativos a la historia clínica fueron de importancia para el tipo de E.E.G.: a) antecedentes de un trauma craneal y b) historia de epilepsia.

Las anomalías E.E.G. se clasificaron en tres grupos: Difuso, difusamente parietal y focal. El grupo de enfermos con E.E.G. anormal se distinguió notablemente del grupo con E.E.G. normal

con respecto a la duración de la enfermedad y a 15 síntomas individuales principalmente de la esfera de la conducta y del pensamiento. Se observó una gran similitud en el cuadro sintomático de las 3 clases de E.E.G. anormales. Sin embargo, el grupo focal mostró una ligera tendencia a diferir y fue más homogéneo con respecto al foco temporal. Se demuestra con claridad que no es posible diferenciar los tipos de anomalía E.E.G. exclusivamente por el estado mental del paciente y la entrevista clínica.

Los autores consideran que la importancia de su artículo es haber encontrado una posible relación entre síntomas específicos de conducta y anomalías E.E.G. De acuerdo con este estudio algunos de los síntomas más indicativos de organicidad, como la perseveración, dificultades mnémicas y desorientación, pueden atribuirse a trastornos cerebrales subyacentes, responsables de las anomalías E.E.G. La hipótesis de que una anomalía E.E.G. como un hallazgo eventual puede indicar un sutil daño cerebral, se ve reforzada con este trabajo. Por otra parte, como se encontraron relaciones estrechas entre los E.E.G. anormales y la presencia de síntomas como hipermotilidad, trastornos del pensamiento e irritabilidad, se concluye que las anomalías E.E.G. no sólo indican una disfunción orgánica, sino que también tienen implicaciones sintomáticas conductuales.

R. VELASCO

A. G. Mezey y E. J. Knight, "Time sense in hypomaniac illness", *Archives General Psychiatry*, vol. XII, núm. 2, febrero de 1965.

La actividad psíquica vista como un reloj biológico se encuentra acelerada en el hipomaniaco. Ante esta hipótesis se

