

ciones. En el presente trabajo, se intenta estudiar esta relación en el *delirium tremens*.

En 1881, Lasague escribió un artículo titulado "El delirio alcohólico, no es un delirio, es un sueño", en el que después de un cuidadoso estudio clínico, concluía que en el estado de abstinencia del alcohólico se presentaban una serie de fenómenos visuales anormales, que iban desde los sueños nocturnos muy vívidos, hasta las alucinaciones, que él consideró como "soñar despierto".

Experimentos recientes como los efectuados por Dement y Kleitman han mostrado que durante el llamado periodo I-REM (con movimientos oculares rápidos) si se despierta al sujeto puede relatar el sueño en forma detallada, lo cual no ocurre si se le despierta en otra fase del dormir.

Dement encontró también que la privación del estado I-REM conduce a la producción de síntomas tales como alucinaciones y distorsiones de la percepción. Diversos estudios han mostrado que ciertas drogas, entre las que se encuentran el alcohol, suprimen el estado I-REM.

Otros investigadores han encontrado que la administración nocturna de cierta cantidad de alcohol suprime el estado I-REM, y que después de cinco noches, al ser suprimido el alcohol, se presenta un aumento en la duración del periodo I-REM.

Los autores de este trabajo, basándose en las informaciones anteriores, efectuaron una investigación en alcohólicos y encontraron que la supresión del alcohol coincidía en un 100 % de los sujetos con un aumento del periodo I-REM, exactamente antes de que se desencadenara el *delirium tremens*.

Los autores concluyen que estos hallazgos, además de dar una explicación

de los mecanismos involucrados en el desarrollo del *delirium tremens*, sugirieron algunas medidas terapéuticas adecuadas, tales como la administración de clordiazepóxido a los enfermos, ya que a dosis elevadas esta droga no parece suprimir el soñar, lo que permitiría que el déficit se corrigiera durante el dormir y que no se presentara como delirio.

A. CÓRDOVA

Meissner, W. W. S. J., "Memory Function in the Korsakoff Syndrome". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 145, núm. 2, Agosto de 1967, p. 106.

En el estadio crónico el síndrome de Korsakoff se caracteriza por una pérdida de la memoria reciente y confabulación. La pérdida de la memoria abarca tanto a la memoria anterógrada como retrógrada. El paciente con síndrome de Korsakoff sufre una marcada incapacidad para aprender o retener impresiones recientes. Junto con el déficit en la adquisición y retención de nuevas impresiones existe un déficit en la retención de las más viejas impresiones, hábitos y conocimientos de tipo práctico. Talland, en un trabajo reciente, ha sugerido que en estos pacientes el aprendizaje y la capacidad de retención están limitados por una tendencia a aislar impresiones individuales del flujo de experiencias, lo cual es debido a una falta de flexibilidad para adoptar campos (*sets*) en forma alterada y por una peculiar dificultad en el ordenamiento secuencial de su conducta.

Tomando en cuenta estas observaciones previas el autor planteó una investigación con el objeto de determinar las alteraciones de la memoria en 7 pacien-

tes con síndrome de Korsakoff. Para tal investigación, diseñó técnicas que describe minuciosamente. Concluye que el déficit de Korsakoff parece ser independiente de una rigidez o falta de flexibilidad para moverse de un campo de experiencias o ideas a otro.

La tendencia a aislar impresiones del flujo de experiencias es secundaria al defecto básico. Los resultados de esta investigación parecen estar de acuerdo con la hipótesis de que el déficit fundamental en el paciente con síndrome de Korsakoff es una incapacidad para organizar e integrar los elementos de la experiencia en una forma secuencial. En el proceso de información que va de la percepción al registro en el almacén de la memoria, no solamente se incorporan elementos simples sino también fragmentos de secuencia. En el sujeto con síndrome de Korsakoff esta incorporación no se acompaña de los procesos normales que determinan qué experiencias específicas e impresiones sean localizadas dentro de una secuencia temporal e integradas dentro de la totalidad de la experiencia. El proceso de recordar activamente tales experiencias secuenciales requiere una reintegración de las impresiones recibidas y las almacenadas, dentro de una secuencia específica. El individuo con síndrome de Korsakoff presenta una severa incapacidad para efectuar esta función.

En resumen, el autor piensa que aunque generalmente se habla de que en el síndrome de Korsakoff existe una falla de la memoria reciente, de los estudios aquí presentados se deduce que lo que realmente sucede es que la capacidad para adquirir información está severamente obstaculizada. El paciente con síndrome de Korsakoff parece ser capaz de percibir, aprender y utilizar piezas simples de información pero cuando es

requerido a utilizar formas más complejas, tiene dificultades.

A. CÓRDOVA

Murphy, G. y E. Robins, "Social Factors in Suicide". *J. A. M. A.*, 199, 1967, pp. 303-308.

El estudio psiquiátrico de una serie consecutiva de casos de suicidio en un núcleo de población urbana, puso de manifiesto en la mayoría de los casos, desórdenes afectivos (enfermedad depresiva) y alcoholismo.

Una investigación de factores sociales en los casos agrupados en estas dos categorías nosológicas mostró que en una baja proporción los alcohólicos estaban casados al tiempo de ocurrir el suicidio, en tanto que la mayoría estaban divorciados, separados o vivían solos. En contraste, los suicidas comprendidos en el grupo que sufre trastornos afectivos difirió de la población general solamente en que una alta proporción de ellos vivían solos.

32 % de los alcohólicos habían sufrido interrupciones de relaciones interpersonales significativas (pérdida de objeto), en las seis últimas semanas que precedieron al suicidio. Sólo el 3 % de los suicidas con desórdenes afectivos habían pasado por tales experiencias recientemente.

En los desórdenes afectivos, el suicidio es principalmente una respuesta a los síntomas de la depresión en sí, mientras que en el alcoholismo es más frecuentemente una respuesta a perturbaciones sociales. El alcohólico parece ser particularmente vulnerable al impulso suicida cuando pierde el afecto de personas que le son significativas. Este hallazgo puede facilitar la prevención del



suicidio identificando estos periodos. La prevención del suicidio en pacientes que sufren un desorden afectivo depende primariamente del reconocimiento y tratamiento de la enfermedad depresiva.

F. DEL VILLAR

Ingrahan, M. y M. Moriarity, "Understanding of the Ganser Syndrome". *Compr. Psychiat.* 8: 35-44 pp., 1967.

El síndrome de Ganser con frecuencia llamado síndrome de las respuestas aproximadas, está caracterizado por alucinaciones auditivas y visuales, conciencia borrosa, desorientación en tiempo y espacio, analgesia, hiperestesia, amnesia y

pérdida de la capacidad de introspección.

El síndrome puede presentarse en varias enfermedades mentales. Es inducido por situaciones de *stress* y se explica por la regresión de las funciones del ego: con alteraciones de la percepción, de la síntesis y de la atención y una identificación errónea de objetos, los cuales son considerados como similares por asociación pero diferentes de los objetos actuales.

Los pacientes que exhiben el síndrome de Ganser, sufren una regresión importante y tienen serios desórdenes del pensamiento. Esto es importante desde el punto de vista médico-legal y desde el punto de vista del cuidado y tratamiento de los enfermos.

F. DEL VILLAR

SUSCRÍBASE A NUESTRA REVISTA, *enviando cheque a:*

REVISTA DE PSICOANÁLISIS, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA,

Fondo de Cultura Económica.

Av. de la Universidad, 975,

México 12, D. F.

(Teléfono 24-22-04)

Valor anual: { en México \$ 50.00
en el extranjero Dls. 5.00

Cortesía de SR. MAURICIO WEISSMANN

