

edad, inmediatamente después de una inyección endovenosa de metilfenetamina, ocho días después de haber discontinuado un tratamiento con fenelcina. Otros informes sobre crisis hipertensivas con isocarboxida (Marplan) y Tranylcypamine (Parnate) fueron publicados en varias revistas médicas. En 1963 aparecieron en revistas de lengua inglesa 40 informes describiendo el siguiente cuadro clínico asociado con la administración de inhibidores de la MAO: fuertes palpitations, cefalea occipital intensa, náusea, rigidez de nuca, postración y con frecuencia dolor torácico semejando un cuadro anginoso. En algunos casos la elevación paroxística de la presión arterial ha causado hemorragia subaracnoidea.

Debido a que en la gran mayoría de los informes dados hasta 1963 el paciente estaba exclusivamente recibiendo algún inhibidor de la MAO y en virtud de la brusca instalación del cuadro clínico descrito, se pensó en que pudiera estar asociado un factor exógeno en su etiología. Esto último se sospechó al observar que las crisis vasculares se presentaban aproximadamente 2 horas después de la ingestión de queso o alcohol. Esto se ha comprobado experimentalmente en animales a los que se administró un inhibidor de la MAO y posteriormente se les suministró queso con lo que se presentó una crisis hipertensiva. Como sustancia responsable de esta reacción se ha pensado en la tiramina.

Los autores del artículo presente informan que de 692 pacientes que estaban siendo tratados a base de inhibidores de la MAO, en el 8.4 % se presentaron crisis hipertensivas. Después que se prohibió a estos mismos enfermos la ingestión de queso, el porcentaje descendió a 3.3 %. La frecuencia de este cuadro fue más elevada en aquellos individuos tratados con tranylcypamine.

A pesar de estos informes, los autores piensan que no obstante el riesgo de una crisis vascular, que puede ser prevenida advirtiendo al paciente que no debe ingerir queso ni alcohol, la tranylcypamine debe usarse, ya que se ha observado con cierta frecuencia que algunos cuadros depresivos responden en forma selectiva a este medicamento o a cualquier otro inhibidor de la MAO. En el caso de que a pesar de estas precauciones se presente una crisis vascular, ésta puede ser yugulada rápidamente administrando por vía endovenosa 3 mgs. de phentolamine cada 4 a 6 horas después de la inyección, continuar con la administración oral de phenoxybenzamina (Dibenzylina) en dosis de 10 mgs. cada 4 o 6 horas.

A. CÓRDOVA

Atkinson, Roland M. y Robert T. Rubin, "Electroconvulsive Treatment and Severe Cardiovascular Disease", *American Journal of Psychiatry*, 121, núm. 3, p. 249, septiembre 1964.

La mortalidad asociada con el tratamiento electroconvulsivo en pacientes con enfermedad mental es muy baja. Muchos pacientes con algún padecimiento cardiovascular toleran el ECH, sin presentar complicaciones en su enfermedad. Sin embargo hay suficientes informes sobre accidentes cardiovasculares relacionados con el TEC.

El tratamiento electroconvulsivo se ha usado durante el periodo de enfermedad cardiovascular por muchos médicos. Kalinowsky y Hoch enfatizaron que en el paciente cardíaco el peligro del TEC debe ser valorado teniendo en cuenta la tensión de una reacción psicótica. Ziskind observó que la mejoría con el TEC condujo a una reducción del suicidio potencial y a una mejoría en el agotamiento producido por el estado psicótico

agitado. Con la yugulación de la crisis psicótica por el TEC se observó un efecto benéfico sobre la presión arterial en pacientes hipertensos. También se ha observado que algunas anomalías en el electrocardiograma han desaparecido después del tratamiento electroconvulsivo. Por otra parte Impastato encontró que el 40 % de los casos fatales en el TEC son de etiología cardiovascular.

Perrin consideró los siguientes padecimientos cardiovasculares como contraindicaciones del TEC: infarto del miocardio dentro de los últimos tres meses, *angor pectoris*, insuficiencia cardíaca congestiva, aneurisma de uno de los grandes vasos y tromboflebitis.

Aunque son poco frecuentes los casos de enfermedad cardiovascular que coinciden con una reacción psicótica, deben considerarse con todo los casos de una extrema agitación o manía que no responde a las drogas dentro de unos pocos días y con evidencia de insuficiencia cardíaca progresiva a pesar del tratamiento del padecimiento cardíaco; cuando esta insuficiencia parece ser secundaria al ejercicio excesivo, el TEC debe estar indicado.

En el presente artículo los autores del mismo informan que en los casos en que se aplicó TEC a pacientes con enfermedad cardiovascular, éste fue efectuado en el cuarto del enfermo y contando con un equipo de anestesia, un resucitador, laringoscopio, un tubo endotraqueal, un electrocardiógrafo y drogas de emergencia para padecimientos cardíacos. En la preparación del paciente se descontinuaron los psicofármacos 48 horas antes del TEC, no se dio medicación pre-anestésica, se prohibió la ingestión oral en las 8 horas previas al tratamiento. La premedicación consistió en 100 mgs. de secobarbital o hidrato de cloral 0.5 a 1.0 gr. por vía oral, sulfato de atropina 0.6 a 1.0 mgr. por vía pa-

renteral 45' antes del tratamiento. También se puso un polietileno endovenoso para tener una vía rápida para administrar cualquier droga en un caso de emergencia.

La técnica de aplicación del tratamiento consistió en hacer inhalar oxígeno al paciente por medio del respirador artificial y con 30" de intervalo se le aplicó por vía endovenosa 60 mgrs. (aproximadamente 1 mgr./kg.) de succinilcolina con el objeto de disminuir el consumo de oxígeno por el músculo estriado durante la convulsión. Esto también disminuyó la resistencia de los músculos respiratorios a la ventilación con presión positiva. Se aplicó amobarbital antes y después del tratamiento electroconvulsivo, para aliviar la aprehensión y reducir las contracciones y la agitación. Se dieron tres tratamientos por semana.

A. CÓRDOVA

Rioux, B., "Psychosis of Association", *Psychiatry Digest*, p. 15, febrero 1965. (Suplemento de *American Journal of Psychiatry*, 121, núm. 4, octubre 1964.)

*Folie à deux* (psicosis de asociación) es la participación de dos individuos en un delirio común. Antes de este descubrimiento en 1877 el mundo médico solamente conocía la forma de alienación individual cuya única explicación eran factores hereditarios. Obviamente la psicosis de asociación era diferente y tuvo que buscarse otra explicación poniendo el énfasis en las formas clínicas y aceptando como posible explicación que pudiera existir una forma de delirio transferido del enfermo delirante al compañero también enfermo pero aún sin delirios. Esta explicación en el momento actual está basada sobre un mecanismo de identificación inconsciente.

En esta identificación con el agresor,

el compañero sumiso intenta aplacar a su congénere más que compartir su poder. El drama se inicia cuando el sujeto dominante comienza a creer que su compañero está tomando ventaja sobre él y como él también depende de aquél, no puede expresar directamente su hostilidad sin incurrir en el peligro de perderlo. Para prevenir esto, deriva su hostilidad y la presenta cubierta o enmascarada por un delirio paranoide. Hasta este momento el paciente no delirante se resiste a tomar parte en el delirio como un aspecto de su dependencia. En un segundo estudio el enfermo se encuentra ante la alternativa de seguir adelante con su delirio o expresar abiertamente su hostilidad que lo conduciría a una definitiva separación de su compañero. Por otra parte este tipo de situación y presión llega a ser tan insoportable para el enfermo sumiso que antes de perder la dependencia de su compañero acepta participar en el delirio.

A. CÓRDOVA

Freud, Anna, "Regression as a Principle in Mental Development", *Bull. Menninger Clin.*, xxvii, páginas 126-139, 1963.

La autora presenta un ensayo sobre el papel que juega la regresión en el desarrollo mental. En el estudio de la regresión, dice deben distinguirse los aspectos temporales de los topográficos y los formales. La cuestión es no sólo a qué etapa anterior se produce la regresión, sino cuáles son las estructuras que en un momento dado están funcionando regresivamente. Es un error común, subraya, creer que la regresión abarca de modo simultáneo todas las estructuras de la personalidad. La mente —ello, ego, superego— no regresa como un todo: la regresión de impulsos —que puede producirse con respecto a sus ob-

jetos, a sus objetivos o a sus modos de descarga— se produce de acuerdo con el principio de fijación; esto es, hacia posiciones que fueron satisfactorias en etapas previas del desarrollo; en cambio, la regresión yoica sigue el principio evolutivo simple según el cual las estructuras más hábiles son las más recientes, por lo que el movimiento regresivo yoico se produce siempre hacia la etapa inmediatamente anterior al momento de la regresión. Así, añade la Dra. Freud, lo muestra la observación clínica.

Las diferencias de nivel de regresión de las diversas estructuras mentales contribuyen a explicar las diferencias individuales de madurez en los niños, que no son debidas únicamente a diferencias en el ritmo de desarrollo.

J. DERBEZ

Winick, W. y F. X. Walsh, "Rehabilitation: Community Hospital-Industry Program", *Mental Hospital*, 15, pp. 147-149, 1964.

Dentro del programa industrial de "Hospital en la Comunidad" de la administración de veteranos y usando dinero como incentivo, se ha logrado motivaciones adecuadas para poder dar de alta a pacientes mentales crónicos.

Para proveer un programa de trabajo realista se hicieron contratos con 34 industrias locales, que se ofrecieron a abrir campos de trabajo.

Las condiciones establecidas en el Hospital de Medicina Física y Rehabilitación fueron: a) Trabajo como vendedores de artículos de demanda real; b) Control médico de los enfermos participantes en el programa, en su mayoría esquizofrénicos; y c) Procurar que dichos contratos no fueran hechos con subcontratistas.

Los resultados obtenidos mediante este programa después de 2 años 8 meses son los siguientes:

De 305 pacientes asignados al programa, 195 han sido dados de alta, 165 se encuentran en la comunidad trabajando y bajo supervisión hospitalaria, sólo el 13 % de los participantes han requerido readmisión y suspensión temporal de su trabajo.

Los pacientes que se encuentran en condiciones de ser dados de alta han expresado mayor interés en dejar el hospital, fácilmente se les consigue trabajo y ellos sienten mayor seguridad y estimación por sí mismos. Trabajan energicamente con una supervisión mínima y reciben un salario mínimo de \$ 1.25 dólares por hora.

Se concluye que muchos hospitales podrían participar en estos programas si es que la industria y las uniones laborales se encuentran interesados en cooperar.

A. RAMÍREZ MORENO

Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Dirigida por Erich Fromm. Fondo de Cultura Económica, México.

En 1956, con la edición española de *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea* de Erich Fromm, se inició la Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis que vino a cubrir la necesidad de ofrecer en su idioma a los latinoamericanos interesados en las disciplinas psicológicas y psicoanalíticas, obras de gran calidad y rigurosa selección. Esta Biblioteca, junto con otras colecciones, fundamentalmente argentinas, llenó un hueco ya apremiante y que se hacía urgente resolver.

A la fecha la Biblioteca cuenta con veinticinco títulos; los cuales —con excepción de la *Psicología médica* y el *Diccionario de psicología*— tienen una presentación uniforme, a la rústica, en formato de 21 por 13.5 cms. Los volúmenes que forman esta Biblioteca son los siguientes, enumerados por orden alfabético de

autores: E. Amado Levy-Valensi: *El diálogo psicoanalítico*; Bally, G.: *El juego como expresión de libertad*; Baruk, H.: *Psiquiatría moral experimental*; Campbell, J.: *El héroe de las mil caras. Psicoanálisis del mito*; De la Fuente, R.: *Psicología médica*; Diel, P.: *Psicoanálisis de la divinidad*; Diel, P.: *Los principios de la educación y de la reeducación fundados en el estudio de las motivaciones íntimas*; Escalona, S. y Moore, G.: *Predicción y resultados en el niño. Un estudio sobre el desarrollo del niño*; Fromm, E.: *La misión de Sigmund Freud*; Fromm, E.: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*; Garrett, H. E.: *Las grandes realizaciones en la psicología experimental*; Hilgard, E. R.: *Teorías del aprendizaje*; Horney, K.: *El nuevo psicoanálisis*; Jung, C. G.: *Simbología del espíritu*; Klineberg, O.: *Psicología social*; Laing, R. D.: *El yo dividido*; Mueller, F. L.: *Historia de la psicología. De la antigüedad a nuestros días*; Neill, A. S.: *Summerhill. Un punto de vista radical sobre la educación de los niños*; Odier, Ch.: *La angustia y el pensamiento mágico*; Odier, Ch.: *El hombre, esclavo de su inferioridad*; Piaget, J.: *La formación del símbolo en el niño*; Schachtel, E. G.: *Metamorfosis. El conflicto del desarrollo humano y la psicología de la creatividad*; Sechehaye, M. A.: *La realización simbólica. Diario de una esquizofrénica*; Suzuki, D. T. y Fromm, E.: *Psicoanálisis y budismo zen*; Warren, H. G.: *Diccionario de psicología*.

De estos títulos, las obras de Horney y Warren vieron su primera edición por el Fondo de Cultura Económica fuera de la Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, mas al ser reeditadas pasaron a formar parte del catálogo de la Biblioteca.

Como puede observarse, los volúmenes que componen la Biblioteca están avalados por una gran calidad científica

