

perniciosa antes de que se conociera algo acerca de la Vitamina B12.

A. CÓRDOVA

Sifueos, Peter E., "Two Different Kinds of Psychotherapy of Short Duration". *American Journal of Psychiatry*, vol. 123, núm. 9, marzo 1967, p. 1064.

El término psicoterapia breve o a corto plazo se presta a confusiones, ya que una gran variedad de técnicas psicoterapéuticas que tienen poco o nada en común, excepto el ser de corta duración, han sido agrupadas bajo este rubro.

El propósito de este trabajo, basado en 9 años de experiencia del autor, con pacientes de la Clínica Psiquiátrica del Massachusetts General Hospital, es presentar un marco conceptual de referencia para dos formas de psicoterapia a corto plazo.

1) *Psicoterapia provocadora de ansiedad*: Ésta es similar en teoría a la psicoterapia dinámica o psicoanalítica y se ofrece al individuo que presenta alteraciones del carácter. Cierta grado de ansiedad es necesario durante las sesiones para motivar al paciente a comprender la naturaleza de sus conflictos emocionales, los mecanismos de defensa que utiliza y para proporcionarle una experiencia emocional correctiva.

De acuerdo con su duración, esta psicoterapia puede ser subdividida en 2 tipos.

a) La que se aplica a pacientes que son seleccionados con el siguiente criterio: inteligencia superior a la normal, haber tenido alguna relación significativa con otra persona durante la vida, ser flexible y capaz de expresar algún afecto durante las sesiones, tener alguna

área de conflictos específica y trabajar intensamente durante el tratamiento. La duración de esta terapia es de dos meses a un año, y la duración media, de cuatro meses.

b) La que constituye una intervención en momentos de crisis y se guía por el siguiente criterio: establecer rápidamente *rapport*, transformar el trabajo terapéutico en una experiencia de aprendizaje, utilizar la transferencia positiva del paciente. Por parte del paciente, revisión activa y comprensión de los hechos que lo han conducido a desarrollar la crisis, aprendizaje para anticipar situaciones provocadoras semejantes. La intervención terapéutica termina después de unas cuantas entrevistas: dos meses de duración como promedio.

2) *Psicoterapia supresora de ansiedad*: Esta forma de psicoterapia se utiliza en pacientes con graves alteraciones del carácter o de la personalidad y tiene por objeto disminuir o eliminar ansiedad por medio de técnicas de apoyo basadas en la manipulación del medio ambiente y la utilización de drogas cuando es necesario. Este tipo de terapia también se subdivide en dos grupos: a) Terapia breve y b) Terapia de apoyo durante la crisis emocional.

A. CÓRDOVA

Candia, O. et. al., "Brain Stem Structures Responsible for E.E.G. Patterns of Desynchronized Sleep". *Science*, 155, 1967, páginas 720-722.

Experimentos recientes han mostrado que en el gato, la fase de sueño caracterizada por ritmo electroencefalográfico desincronizado o sueño "profundo" depende de estructuras localizadas en el

tallo cerebral bajo. En trabajos anteriores, los autores efectuaron hemisecciones unilaterales a diferentes niveles del tallo cerebral y concluyeron que las estructuras responsables del patrón electroencefalográfico del sueño profundo están localizadas en las partes rostral o media del puente; y la desincronización del despertar, en estructuras que tienen un curso ascendente prevalentemente ipsilateral. En el presente estudio se hizo un intento de reproducir el efecto electroencefalográfico obtenido con hemisección del tallo cerebral produciendo en éste lesiones unilaterales, con el objeto de obtener información sobre la identificación anatómica de las estructuras desincronizadas durante el sueño profundo y de las vías ascendentes que llevan esta influencia desincronizadora.

Se usaron 42 gatos adultos. El primer grupo de experimentos constituyó una búsqueda del sitio de origen de la influencia ascendente desincronizadora del E.E.G. durante el sueño profundo, hecho mediante lesiones unilaterales a nivel de la porción rostral y media del puente. En ningún caso el E.E.G. fue asimétrico, del tipo producido por las hemisecciones pontinas. Estos hallazgos parecen indicar que la influencia ascendente responsable de la desincronización del E.E.G. durante el sueño profundo no surge de una región pontina distinta a núcleos pontinos o un haz de fibras; tampoco ocurre que una sola estructura pontina o un grupo de estructuras aparezcan como responsables del sueño profundo. Los resultados sugieren indirectamente que todas las estructuras localizadas en la mitad rostral del puente contribuyen al origen de estos patrones del E.E.G.

Los siguientes experimentos constituyeron una búsqueda de las vías ascendentes que llevan los impulsos que de-

sincronizan el E.E.G. durante el sueño, mediante lesiones unilaterales a nivel de cerebro medio. La asimetría electroencefalográfica durante el sueño profundo, del tipo observado que sigue a una hemisección del tallo cerebral a este nivel, fue producida por lesiones que involucraron principalmente estructuras "inespecíficas" y ambas estructuras, "específicas" e "inespecíficas". Las lesiones que involucraron sólo estructuras "específicas" no fueron seguidas por ninguna asimetría en el E.E.G. Estos hallazgos confirman que la desincronización del E.E.G. del sueño profundo es debida o es facilitada por estructuras localizadas en la parte más baja del tallo cerebral. Si, tomando como base trabajos previos, se acepta que el sitio donde se origina la influencia desincronizadora está a nivel pontino, los hallazgos de este estudio indican que esta influencia es llevada rostralmente por vías que corren a través del segmento del mesencéfalo. No hay datos que sugieran una vía distinta de la ya observada.

F. DEL VILLAR

Fine, W., "Epileptic Syndromes in the Elderly". *Gerontol. Clin.*, 8; 1966, pp. 121-133.

En la vejez, la mayoría de los síndromes epilépticos ocurren en pacientes con enfermedad cerebro-vascular, aunque pueden también aparecer como resultado de varias alteraciones de los senos carotídeos y la hipotensión postural. Si la condición es reconocida y tratada, el pronóstico no es grave. La epilepsia de origen cerebro-vascular puede presentarse con manifestaciones sensoriales o motoras. La epilepsia motora jacksoniana puede ocurrir en los años siguientes a una hemiplejía y un ataque puede ir seguido



por seudoparálisis y una nueva trombo-  
sis cerebral.

En la hemiplejía, la epilepsia sensi-  
va puede presentarse con dolor extrema-  
damente severo que puede confundirse  
con dolor talámico. Estos síndromes res-  
ponden bien a los medicamentos anti-  
convulsivos.

En la confusión posepiléptica con en-  
fermedad cerebro-vascular, el ataque  
epiléptico puede quedar oculto y el epi-  
sodio confusional ser el rasgo domi-  
nante.

La epilepsia es relativamente común  
en los ancianos.

F. DEL VILLAR

Brook, M. F., J. D. "Psychiatric  
Illness in the Medical Profes-  
sion". *British J. Psychiatric*, vo-  
lumen 113, núm. 502, septiembre  
de 1967, p. 1013.

Es sorprendente encontrar cuán poca in-  
vestigación sobre la frecuencia de enfer-  
medades psiquiátricas entre los médicos  
se ha llevado a cabo, excepto la que se  
ha hecho en relación con la adición a  
drogas. Un estudio patético es el de  
Fox en 1957, quien estimó que el 1 %  
de los médicos norteamericanos son adic-  
tos. Norwoodeast, en 1949, revisó 383  
casos de drogadictos en la Gran Bretaña  
e Irlanda y encontró que 82 eran mé-  
dicos.

El autor informa sobre un estudio  
efectuado en 192 pacientes atendidos  
durante la década de enero de 1954 a  
enero de 1964, 78 de los cuales fueron  
vistos como pacientes externos y 114  
como internos.

Los principales hallazgos fueron:

- 1) En el grupo de pacientes externos  
predominaron los médicos psiquiatras.
- 2) Se encontró una frecuencia signi-

ficativamente baja de psiconeurosis en  
la muestra total, en relación con el grupo  
central de pacientes no médicos.

3) Se encontró una frecuencia signi-  
ficativamente elevada de adicción  
(32.8 %); principalmente alcohol y  
otras drogas. La iniciación tardía de la  
adicción fue notable en el grupo médico.

4) No hubo diferencias significativas  
entre la frecuencia de esquizofrenia, psi-  
cosis afectivas u otras enfermedades  
psiquiátricas entre los dos grupos.

5) El 78 % de los pacientes médicos  
presentaron un episodio dentro de los  
primeros 20 años después de su gradua-  
ción y 40 % aproximadamente dentro  
de los primeros 10 años.

6) Se encontró una frecuencia eleva-  
da de suicidios, lo cual ya había sido  
observado por otros investigadores. Este  
fenómeno se ha explicado por varios fac-  
tores, pero el autor considera que el  
principal es la resistencia que tiene el  
médico para pedir ayuda a sus colegas  
psiquiatras.

El autor concluye su trabajo propo-  
niendo medidas tanto en lo que se re-  
fiere a la selección de médicos como a  
su cuidado cuando sufran algún trastor-  
no psiquiátrico.

A. CÓRDOVA

Glessing, L. R., "Biochemistry of  
Periodic Catatonia". *World Con-  
gress of Psychiat. Madrid. Exerpta  
Med. Serv.* 117:25, 1966.

El rasgo clínico característico de la cata-  
tonia periódica es la repetición de esta-  
dos de excitación catatónica o estupor  
separados por periodos de calma. Este  
síndrome puede presentarse con la apari-  
ción de la enfermedad mental o aparecer  
muchos años antes de la iniciación de  
síndromes esquizofrénicos.

El hallazgo bioquímico principal con-  
siste en una inestabilidad del nitrógeno  
con periodos de retención y de aumento  
en la excreción de nitrógeno (principal-  
mente urea); un consumo de oxígeno  
reducido en el intervalo de las crisis y  
elevado en la fase catatónica. En los in-  
tervalos el estado vegetativo es predomi-  
nantemente colinérgico y en la fase de  
reacción es fuertemente adrenérgico con  
aumento de la excreción urinaria de me-  
tanefrinas, ácido vanillilmandílico, 17-ce-  
tosteroides, minerales y glucocorticoides.

La administración de hormona tiroi-  
dea generalmente trae consigo la com-  
pleta recuperación, tanto de los trastor-  
nos físicos como de los psíquicos.

Todos los investigadores atribuyeron  
los cambios a una disfunción del diencé-  
falo. Las bases químicas o neurofisiológi-  
cas de tal disfunción, son desconocidas.  
Tampoco se sabe por qué la hormona  
tiroidea corrige este trastorno.

F. DEL VILLAR

Blumer, D. y A. E. Walker, "Sexual  
Behavior in Temporal Lobe Epi-  
lepsy". *Arch. Neurol.*, 16, 1967,  
pp. 37-43.

Los autores estudiaron a 21 pacientes  
(17 hombres y 4 mujeres, cuyas eda-  
des fluctuaron entre 17 y 47 años), que  
fueron sujetos a lobotomía temporal uni-  
lateral por epilepsia. 11 de ellos habían  
sido marcadamente hiposexuales antes de  
la cirugía. Se asumió una hiposexuali-  
dad global cuando un individuo no tuvo  
relación sexual por lo menos cada 2 me-  
ses. 5 pacientes habían mostrado una  
total o casi total carencia del impulso  
sexual a partir del principio de las cri-  
sis del lóbulo temporal. En 6 pacientes,  
cuyas crisis se iniciaron entre los 13 y

15 años, la hiposexualidad estuvo siem-  
pre presente.

Después de la intervención, fue apa-  
rente una clara correlación entre la pre-  
sencia de actividad crítica e hiposexua-  
lidad: la ausencia de respuesta sexual  
persistió en 3 pacientes que no mejo-  
raron en cuanto a las crisis; 4 pacientes  
cuyas crisis disminuyeron, mostraron me-  
joría de su impulso sexual y 2 pacientes  
que en el posoperatorio mostraron in-  
cremento de su sexualidad, la perdieron  
con la recurrencia de la crisis. La corre-  
lación de disminución en la sexualidad  
y epilepsia del lóbulo temporal se ob-  
servó también en pacientes que no fue-  
ron considerados claramente hiposexua-  
les. El lado de la lesión no mostró ser  
importante para la respuesta sexual. To-  
dos los pacientes fueron mantenidos con  
anticonvulsionantes después de la cirugía.

Los autores consideraron que sus ob-  
servaciones confirman el hallazgo origi-  
nal de 1964 de que más del 50 % de  
pacientes con epilepsia del lóbulo tempo-  
ral sufren hiposexualidad global. Los  
cambios sexuales parecen estar relacio-  
nados con la actividad de las estructuras  
mediales temporales producida por la  
presencia o ausencia de descargas in-  
trínsecas. Este hallazgo confirma la im-  
portancia de estas estructuras por la  
regulación de las funciones sexuales,  
como fue demostrado en 1939.

F. DEL VILLAR

Greenberg, R. y Ch. Pearlman, "De-  
lirium Tremens and Dreaming".  
*The American Journal of Psy-  
chiatry*, vol. 124, núm. 2, Agosto  
de 1967, p. 133.

La relación entre alucinaciones y sue-  
ños ha sido objeto de muchas especula-

