

Medicina,
Ciencias Biológicas
y Naturales

CARNEY LANDIS

BREVIARIO DE CONFERENCIAS

Epidemiología de las enfermedades mentales

a) Las circunstancias sociales y el ambiente afectan la frecuencia de los casos reconocidos u hospitalizados de enfermedades mentales. Existen datos estadísticos de muchos países que cubren un período de varios años, de manera que relaciones de hecho han podido ser investigadas con respecto a edad, nacimiento, estado social, económico y educacional, tamaño de la comunidad, etc.

b) La edad es el factor individual más importante que influye sobre las enfermedades mentales fuera de las enfermedades mismas. Las incidencias de casos hospitalizados es en gran parte una función de la edad; los diagnósticos varían según la edad y así mismo el tratamiento y el pronóstico están estrechamente relacionados a la edad del paciente.

c) Las capas sociales, diferenciadas por el estado económico y educacional están claramente relacionadas con las actividades diagnósticas. Agrupados en el orden de la más alta a la más baja clase social, los diagnósticos se distribuyen así: psiconeurosis, parencia, personalidad psicopática, melancolía involutiva, psicosis maniaco-depresiva, demencia precoz, psicosis alcohólica, parálisis general, arteriosclerosis cerebral, y demencia senil.

d) Raza, origen étnico, o nacionalidad (con la excepción de la

raza negra) no tienen una influencia directa sobre las proposiciones básicas de la incidencia de las enfermedades mentales. Las frecuencias para extranjeros (en los Estados Unidos) son muy similares a las de los nativos. El grupo de raza negra muestra una incidencia mayor a los demás grupos que no se puede explicar en términos de factores sociales o de ambiente.

e) Hasta el presente la evidencia indica que aún después de hacer las correspondientes correcciones y concesiones, la frecuencia de casos mentales en la ciudad es mayor que en el campo. Esto tiene relación a las actitudes sociales de la comunidad hacia la hospitalización.

f) Qué ocurre a los pacientes salidos de los hospitales mentales como "recuperados?". Omitiendo los casos seniles, el 42% de los pacientes dados de baja como "recuperados" aparecen como habiendo recuperado completamente el equilibrio mental por un período de 10 años después de su salida del hospital; 10% son cargas sociales de su comunidad; 21% han sido readmitidos al hospital, y 23% han fallecido. Los estudios de Ross muestran que de neurosis hospitalizados en alguna época y dados de baja por más de cinco años, el 34% estaban completamente bien y el 6% mejorados.

g) Se ha notado un ligero aumento en el número de primeras admisiones y de enfermos residentes en los hospitales mentales. El aumento se debe al mayor número de enfermos hospitalizados de más de 50 años, especialmente aquellos que sufren de arterioesclerosis cerebral.

h) En cuanto a las estadísticas vitales nos permiten, podemos deducir que las enfermedades mentales, (excluyendo a las neurosis) están distribuidas uniformemente en todo el mundo, si se hacen las debidas concesiones a la edad, sexo, ambiente y facilidades hospitalarias de los diferentes grupos de población. La proporción de estas enfermedades no se altera debido a guerras o cataclismos.

REFERENCIAS

Landis and Page, "Modern Society and Disease", New York, Rinehart & Co., 1938.

Dayton, "New Facts on Mental Disorders", S. Springfield, Illinois, Thomas, 1940.

Demencia precoz. Esquizofrenia

a) De cada cien mil miembros de la población general comprendido entre las edades de 25 a 66 años, alrededor de 250 son diagnosticados como esquizofrénicos. En los Estados Unidos de cada mil niños nacidos vivos, 16 sufrirán de esquizofrenia durante algún período de su vida. El promedio de edad para las primeras admisiones a hospitales mentales con esta enfermedad es de 30 años para los hombres y 34 para las mujeres. Una quinta parte de todas las primeras admisiones y la mitad de todos los residentes son diagnosticados como esquizofrenia. Esta enfermedad es un 15% más frecuente en los hombres que en las mujeres. Alrededor de una quinta parte de los pacientes se mejoran espontáneamente.

b) En 1896 Kraepelin utilizó el nombre de demencia precoz para esta entidad diagnóstica. Bleuler en 1910 modificó el concepto de Kraepelin y llamó a esta enfermedad esquizofrenia. Es un punto muy discutido si este "Síndrome" es una entidad patológica única o no.

c) Esta enfermedad tiene una base genética bien establecida. Cuando ambos padres son esquizofrénicos, el 68% de los hijos lo son también. Cuando uno de los padres es esquizofrénico y el otro normal, el 15% de los hijos son esquizofrénicos. Entre gemelos univitelinos el 82% concuerdan en esta enfermedad; entre gemelos bivitelinos o hermanos de padre y madre el 12% concuerdan; de medioshermanos emparentados por uno de los padres esquizofrénicos el 23% concuerdan; de medio hermanos no emparentados por el progenitor esquizofrénico, el 2% concuerdan.

d) Las formas hemedrénicas y catatómicas de esta enfermedad ocurren con más frecuencia en individuos de constitución asténica; la forma paranoica en los de constitución atlética. La esquizofrenia está estrechamente relacionada desde el punto de vista génico con la tuberculosis, pero no se ha encontrado relacionada de causa y efecto. Tanto para la esquizofrenia como para la tuberculosis el factor genético aparece como una falta de resistencia a la enfermedad. Si unos tienen este factor, es potencialmente susceptible de adquirir la enfermedad, si no lo tiene, no puede adquirir la enfermedad.

e) A pesar de mucha investigación biológica las bases anatómicas, fisiológicas, químicas o patológicas permanecen en la oscuridad.

f) Se han ofrecido muchas explicaciones psicológicas de esta

enfermedad, tales como el desarrollo de hábitos de retraimiento y de manera de pensar autista durante la adolescencia; conflictos basados en tendencias autoeróticas u homoeróticas; retraimiento autista de la realidad durante períodos de esfuerzo, etc. No hay pruebas de que estas explicaciones sean algo más que descripciones de los sistemas.

g) Procesos mentales desorganizados forman los síntomas centrales de una enfermedad. Estos incluyen distorsiones particulares del pensamiento; pérdida de cohesión asociada a efectividad disminuída o inapropiada; alucinaciones, falta de autocrítica; deterioro mental aparente pérdida de contacto con la realidad; pobreza de imaginación; debilitamiento y discrepancia entre la vida intelectual, volicional y afectiva.

h) El tratamiento de la enfermedad no es específico. La proporción de enfermas se aumenta con el uso de las direcciones terapéuticas de choque, pero existen dudas de que las mejorías sean permanentes en la mayoría de los casos. Algunos casos se benefician con Psicoterapia. En casos mejorados la mejor higiene es aquella que permita una gran resistencia física evitando enfermedades físicas agotantes, exceso de fatiga, el esfuerzo consiguiente al embarazo, etc.

REFERENCIAS:

- Bellak, L., "Dementia Praecox", New York, Grune & Stratton, 1948.
Hoskins R. C., "The Biology of Schizophrenia", New York, Norton, 1936.
Kasanin, J. S. "Language and Thought in Schizophrenia", Berkeley, University of California Press, 1944.
Kallman, F. J., "The Genetics of Schizophrenia". Now York, Augustin, 1938.
Landis & Bolles, "Textbook of Abnormal Psychology", New York, Macmillan, 1946.

Los lóbulos frontales humanos

a) El ataque directo a las enfermedades mentales por medio de la neuro-cirugía ha sido practicada desde hace más de cincuenta años. El método de Lobotamia o Leucotomia introducido por Moniz (1945) y popularizado por Freeman y Watts en los Estados Unidos como "Psico-Cirugía" ha producido resultados espectaculares y ha abierto un camino para el mayor conocimiento de las funciones cerebrales.

b) Un estudio de más de 1.000 casos lobotomizados ha indicado en una tercera parte buenas "Mejorías sociales", una tercera parte mostraban ligera mejoría y el resto, o sea otra tercera parte estaban peor en el sentido de que presentaban síndromes cerebrales orgánicos, tenían convulsiones o habían muerto después de la operación.

Freeman y Watts en su informe sobre los primeros 20 casos operados por ellos muestran que 10 años después de la operación, 9 pacientes mantenían una buena mejoría social, 5 mostraban alguna mejoría, otros cinco no mostraban ninguna mejoría y uno había muerto como resultado de la operación.

c) Recientemente Freeman informó sobre 10 casos operados por la vía transorbital sugerida por Fiamberti (1939). La operación es más suave en sus efectos y parece ser de mayor eficacia en casos con agitaciones benignas. Freeman también informó sobre Lobotomías practicadas en casos de Psicosis o de trastornos de conducta de niños en los cuales los resultados fueron poco satisfactorios. Varios investigadores han informado muy favorablemente sobre casos de Lobotomías practicadas para eliminar dolores irremediables y causalgias.

d) Los mejores resultados han sido aquellos en que la operación secciona los tractos blancos que van del núcleo medio del tálamo a las áreas 9, 10, 46 de los lóbulos frontales.

e) Un punto muy debatido y confuso es el de los cambios mentales producidos por la Lobotomía. Hay muy poca frecuencia de que ocurra deterioro intelectual, disminución del poder abstractivo, o de la imaginación creadora. Ocurre una disminución en la afectividad subjetiva y en la angustia. Hay un aumento de la tendencia hacia la indolencia y la falta de autocritica. Ocurre una disminución en las obsesiones, el exceso de deliberación o el egocentrismo y el pensamiento autista, pero ocurre una pérdida de "Profundidad" de la personalidad.

f) En el proyecto Columbia-Greystone se hizo un estudio intensivo de 48 pacientes Psicóticos crónicos. 24 de estos fueron sometidos a Excisión bilateral Simétrica de tejido cortical de las áreas de Brodmann de los lóbulos frontales. No ocurrió deterioro permanente de ninguna función mental. Ocurrió una pérdida parcial en los resultados de varios Tests (Porteus Maze Intelligencia, Oratical, Flidker fusión, y eficiencia en Tets de ejecución). Estas pérdidas fueron recobradas cuatro meses después de la operación. Hubo una disminución

marcada de angustia subjetiva y de quejas. La extirpación de las marcas 9, 10, 46 fue la más efectiva en la preocupación de estos cambios, y estos ocurrieron independientemente del diagnóstico cuociente intelectual, edad, cantidad de tejido extirpado o cualquier cambio fisiológico o Bioquímico ocurrido como resultado de la operación.

REFERENCIAS:

- Freeman and waits, "Psychosurgery", Springfield Illinois, Thomas 1942.
Columbia-Greystone associates, "The Human Frontal Lobes", New York. Hoeber, 1948.
Halstead W. C. "Prain and Inteligence" Chicago, University of Chicago Press, 1947.

Terapéutica de Choque

a) La terapéutica de choque comprende los tratamientos por insulina. Las convulsiones por medio del metrazol o del choque eléctrico y operaciones quirúrgicas sobre el cerebro. Estos procedimientos no son específicos. Todos ellos aumentan de proporción de mejoría en casos de melancolía esquizofrénica, psicosis maniaco-depresiva o agudos de ansiedad.

b) Cada variedad terapéutica de choque es más efectiva en un tipo de enfermedad que en otros, ninguna variedad es uniformemente satisfactoria. Todas las variedades son más efectivas en los períodos recientes de la enfermedad que en las formas crónicas.

c) Sakel (1935) desarrolló por primera vez los tratamientos por cenas insulínicos. Estos han dado su mejor resultado en las esquizofrenias. Están contraindicados en pacientes que sufren de tuberculosis, enfermedades del riñón, hígado, páncreas, tiroides, o sistema cardio-vascular. La selección de los pacientes para estos tratamientos está basada principalmente en experiencia clínica, pero en general los pacientes jóvenes responden mejor que aquellos de más edad y crónicos. Tests psicológicos tales como el Reschach o entrevistas bajo amital sódico ayudan en la selección. La mortalidad es alrededor del 1% ; el coma albergado es la complicación más seria. Los síntomas psiquicos desaparecen sin que el paciente obtenga una comprensión clara de su naturaleza. La habilidad intelectual no sufre daño con los tratamientos.

d) Meduna (1935) introdujo los tratamientos convulsivantes por medio del metanol. Ocurre un período muy desagradable para el paciente, de gran temor, durante el período entre la inyección intravenosa de metrazol y la aparición del período de inconsciencia. La convulsión pasa por tres fases, muy similares a las epilépticas (clónica, tónica). Debido a las fracturas que ocurren con alguna frecuencia y al miedo del paciente, el metrazol se usa principalmente en aquellos casos que no han respondido a la insulina o al electro-choque.

e) Gerletti y Bini (1937) introdujeron los tratamientos convulsivantes por medio del electro-choque como un sustituto del metrazol. Debido a la facilidad en su aplicación y la ausencia de síntomas desagradables es el tratamiento preferido hoy. Se usa extensamente en condiciones neuróticas benignas y en psicosis. Los resultados mejores se obtienen en meladancelías y estados de angustia agudos.

f) Todas las tres formas de terapéutica de choque producen una pérdida temporal de la memoria. Este punto ha sido particularmente bien estudiado en el electro-choque. Después de diez a veinte choques se presentan áreas de amnesia muy marcadas, algunas de las cuales comprenden circunstancias dolorosas, el pasado del paciente, otras recuerdos sin contenidos afectivos. Durante el período de tres a ocho meses después de terminado el tratamiento de electro-choque, la mayor parte de esta amnesia desaparece en parte espontáneamente y en parte por aprendizaje. Estos fenómenos parecen ser debidos a desarreglos en conexiones asociativas, pues se nota que los elementos de la memoria están presentes y son reconocidos por el paciente.

g) Estudios Neuro-patológicos en los cerebros de pacientes que han muerto durante terapéuticas de choques, muestra principalmente lesiones vasculares puntiformes en los lóbulos frontales.

REFERENCIAS:

Kalinowaky & Hoch, "Shock Treaiment", New York, Grune & Stratton, 1946.

Sargant &Slater, "Sematic Methods of Treatment in Psychiatry". Baltimore, Williams & Wilkins, 1944.

Tests psicológicos en pacientes mentales

a) La utilización de Psicólogos y Tests Psicológicos en psiquiatría y en parte en varios otros campos de especialización médica es en gran parte de origen americano.

b) El Test de inteligencia de Binet es un procedimiento standard en el diagnóstico y clasificación de las deficiencias mentales. El Test de Wechsler-Bellevue es extremadamente usado en pacientes adultos tanto para indicar deterioro mental como para orientar hacia el diagnóstico. Varios Tests de selección, por ejemplo el Goldstein-Scheerer, se usa en el diagnóstico de los síndromes cerebrales orgánicas. El Schipley-Hartford o el Babcock test se usan para medir el deterioro intelectual.

c) La efectividad o la estabilidad emotiva se miden por métodos tales como la reacción Psico-galvánica, cambios en la tensión arterial o cambios en el Test de asociación de palabras. Estos métodos no son muy exactos, pero sirven como orientación.

d) Se conocen muchos Tests para medir el aprovechamiento escolar. Estos son muy útiles en Pediatría y en casos de pacientes lisios. Forman parte de cualquier estudio de rutina en problemas de conducta en Psiquiatría infantil.

e) Tests de orientación vocacional y de aptitudes especiales, son muy usados. Forman una base para la orientación de pacientes neuróticos o desadaptados hacia trabajos o profesiones más adecuadas. La rehabilitación de pacientes crónicos puede ser mejor orientada tomando como base estos Tests.

f) Recientemente se ha desarrollado grande interés por las técnicas proyectivas en la investigación de la personalidad. Estas comprenden el Rochach, el T. A. T., el Test de complementación de frases, y el Psicodrama. Todos estos métodos son clínicos y producen sus mejores resultados en combinación con otras variedades de evaluación clínica. En la mayoría de los casos estos métodos son muy informativos. En algunos casos pueden dar resultados erróneos. En gran parte la bondad de los resultados depende de la experiencia del psicólogo. No son instrumentos para aficionados.

g) Hay muchos cuestionarios usados en la evaluación de la personalidad. Estos comprenden el Benreuter, Bell, Humm-Wadsworth, Cornell, Allport, Woodworth. Estos son de mayor utilidad en la selec-

ción de gran número de sujetos; por ejemplo para descubrir los individuos neuróticos o inestables en el reclutamiento del ejército o en una gran oficina de empleos. Los mejores cuestionarios son aquellos que están hechos para un fin específico.

h) El uso sistemático de métodos de investigación psico-física de actividades simples sensoriales o motoras es de mucha utilidad en Neurología, Otología, y Oftalmología.

i) La Psicología actualmente está dando cada vez más bases a la Psiquiatría en la misma forma que la Fisiología lo hace con respecto a la Medicina. Además la Psicología sirve a las ciencias médicas en su capacidad doble de investigación básica y de aplicación especial de sus métodos particulares.

REFERENCIAS:

Klopfers and Kellov, "The Rorschach Technique", Yonkers N. Y. Murray, H. A., "Explorations in Personality", New York, Oxford, 1938.

Tompkins, S. S., "The Thematic Aperception Test". New York. Grune & Stratton, 1947.