

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVOLUCION
de los Tratamientos Psiquiatricos en Guatemala
del 10 de Marzo de 1890 a Diciembre de 1955

Tesis

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA, POR

Armando Amaya R.

Ex-interno de los siguientes servicios: 2a. Maternidad, 1a. Cirugía de Hombres Sección "B"; Ex-interno por oposición de los servicios Traumatología de Mujeres, Oftalmología de Hombres, Medicina de Niños; Ex-interno residente del Hospital de Amatitlán; Ex-practicante interno del Hospital Neuro-psiquiátrico, Ex-interno residente por oposición del Hospital Militar, Ex-practicante de los servicios de Pediatría y Oftalmología de la Consulta externa del Hospital General, Médico Asistente de la Colonia Infantil y Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez.

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1956

Tesis

EVOLUCION DE LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS EN
GUATEMALA DEL 10 DE MARZO DE 1890 A DICIEMBRE
DE 1955.

Plan de Tesis

- 1º— Introducción.
- 2º— Esbozo histórico del Manicomio y de los tratamientos.
- 3º— Tratamientos actuales en el Hospital Neuro-Psiquiátrico.
 - A.— Medicamentosos.
 - B.— Nutricionales.
 - C.— Toxi-infecciosos.
 - D.— Endocrinológicos.
 - E.— Quirúrgicos.
 - F.— Fisioterapia (Inductotermia, Hidroterapia, Electro-Shock).
 - G.— Psicoterapia.
 - H.— Terapia Recreativa y Ocupacional.
- 4º— Conclusiones.

Introducción

Las experiencias logradas durante mi estancia de un año, como practicante interno, en el Hospital Neuro-Psiquiátrico, despertaron en mí el deseo de estudiar las perturbaciones de la Psiquis humana, con el deseo de ayudar a los enfermos mentales a la recuperación de su salud en beneficio de la comunidad social.

En el presente trabajo, he tratado de ser lo más verídico posible en cuanto a los datos históricos del Hospital Neuro-Psiquiátrico y a la evolución científica de los distintos tratamientos que se han ido adoptando, en relación con el avance constante de la ciencia.

Al estudiar la evolución de la Psiquiatría en Guatemala, he podido observar que es una de las ramas de la ciencia médica que, por muchas razones, no ha seguido con la misma intensidad el desarrollo de las otras ramas médico-quirúrgicas.

Puede decirse que la evolución científica del tratamiento de las enfermedades mentales se inició desde la fundación del manicomio, el 10 de Marzo de 1890, habiendo seguido una evolución científica relativamente rápida.

Los enfermos mentales en Guatemala han aumentado como consecuencia, del aumento de la población de la lucha por la vida, por factores carenciales, el alcoholismo, y los

vicios inherentes a la civilización moderna, así como por la relación con otros países, de los cuales lo primero que se difunde son sus defectos.

En consecuencia, se ha tratado de establecer, antes que todo, los orígenes de las perturbaciones mentales, tanto de índole social como ecológicos, climatéricos y de índole moral.

Y de los resultados de estos estudios han surgido los tratamientos adecuados, en relación con el potencial higiénico y farmacológico disponible.

Por razones muy explicables, todavía carecemos de datos estadísticos precisos que permitan fijar con entera certeza la naturaleza de las enfermedades mentales, su grado de morbilidad y el resultado de los tratamientos.

Estos estudios estadísticos están en vía de realización pero sus resultados necesitan un tiempo indeterminado, pues hay procesos patológicos mentales que necesitan hasta 30 años para su observación, para poder obtener deducciones con un valor científico.

También es necesario que el médico general adquiera conocimientos firmes de Psiquiatría, pues las escuelas Psico-somáticas han probado, hasta la evidencia, que no existe ningún trastorno patológico de predominancia orgánica que no esté acompañado de perturbaciones Psíquicas. Para ser más explícito, no hay enfermedad por nimia que sea que no se acompañe de manifestaciones Psíquicas; es decir, el Médico siempre debe abordar a su enfermo desde el punto de vista Psico-somático.

Esta tesis comprende un ligero estudio de los tratamientos efectuados en el Hospital Neuro-Psiquiátrico, desde la iniciación de la Psiquiatría Científica en dicha Institución.

He creído necesario hacer una exposición sucinta de los trastornos psíquicos fundamentales y de los tratamientos más usados en nuestro medio.

HISTORIA

La historia de la Psiquiatría en Guatemala es relativamente reciente, data desde la fundación del Manicomio el 10 de Marzo de 1890.

En un principio los enfermos eran reclusos en las cárceles, como medio de contención a sus accesos maníacos, para alivio de la familia y resguardo de la sociedad. Pero a partir de la fundación del Manicomio se abrió una nueva era para los enfermos mentales, al principiar a tributárseles cuidados y asistencia médica más humana y científica.

El filántropo don Luis Asturias Pavón, donó a los enfermos mentales el predio donde se edificó el primer Manicomio en Guatemala, que actualmente se convirtió en Hospital Neuro-Psiquiátrico. La Institución estaba bajo la protección de la familia Asturias y de don Rafael Angulo.

El edificio original estaba calculado para 100 enfermos, distribuidos en dos departamentos: Departamento de hombres y Departamento de Mujeres. En 1895 se fundó el Departamento de Pensionado de Mujeres, y en 1900 el Pensionado de Hombres.

Los terremotos de 1917-18, destruyeron el edificio de lo que en ese entonces se denominaba Asilo de Alientados; y no fué sino hasta el año de 1931 en que se comenzó de nuevo la reedificación, bajo la dirección del filántropo don José Ruíz Angulo, Director del Hospital General, ya que el Asilo de Alientados era una dependencia de dicho Hospital. La

dirección científica y administrativa del Asilo estaba a cargo del Dr. Miguel F. Molina.

Desde la fundación del Manicomio, se construyeron celdas con el objeto de recluir a los enfermos extremadamente agitados y para los reos de grandes delitos. A pesar de los avances actuales de la Ciencia Psiquiátrica, principalmente en el campo del tratamiento científico, aún no se ha podido prescindir de éstas celdas, las cuales todavía existen.

El número de enfermos ha aumentado en forma ascendente desde la fundación hasta nuestros días. Este problema ha venido preocupando al personal médico desde muchos años atrás así vemos que en el año de 1925, el Dr. Carlos Federico Mora, aprovechando su estancia en Alemania, logró que se hicieran por Ingenieros alemanes, un proyecto de construcción para un nuevo edificio que se construiría en un predio de seis manzanas localizadas en la Palmira. Los planos eran bien concebidos y de acuerdo con los adelantos científicos Psiquiátricos de Alemania; pero lamentablemente estos planos permanecen ignorados en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Años más tarde, el Doctor Miguel F. Molina y el Ingeniero Malau, de acuerdo con el Dr. Manuel Beltranena, Director del Hospital General por disposición del entonces Presidente, General, Jorge Ubico, en el año de 1913, trabajaron en la elaboración de nuevos planos arquitectónicos para la construcción de un nuevo edificio del Asilo. Estos planos se terminaron, pero no sabemos actualmente cual fué su destino.

Hago mención de estos trabajos, para hacer notar que ha existido preocupación para mejorar las condiciones físicas de los enfermos, pero es de lamentar que, a pesar de la necesidad de un nuevo edificio, todavía permanezca el Hospital Neuro-Psiquiátrico en el reducido espacio original.

DEL PERSONAL MEDICO

Para la atención de los enfermos se contaba con la colaboración de dos médicos autodidactas en Psiquiatría, con los cargos de: Primer Médico Director y Segundo Médico. Cada uno tenía sus respectivos servicios, fueron los precursores de la Psiquiatría en Guatemala, los Doctores don José Azurdia y don José Manrique; el último todavía vive, además la administración del establecimiento estaba a cargo del filántropo Licenciado en Farmacia don Isidro Gándara.

INGRESO DE ENFERMOS

En el año de 1895, según los datos proporcionados por la Superiora fundadora del Manicomio, Sor Vicenta Umaña, quién aún vive, el número de enfermos ascendía a 100, de éstos 60 eran hombres y 40 mujeres.

Los enfermos ingresaban directamente a los servicios de Asistencia Común, enviados por el servicio de admisión del Hospital General, pues, como sabemos, el Manicomio era una dependencia de dicho Hospital.

En esa época los enfermos no eran clasificados y únicamente se diferenciaban fundamentalmente en enfermos agitados, pasivos y degenerados. Los recursos económicos de la Institución era muy precario y los conocimientos científicos de la época no permitían atender a los enfermos debidamente.

Las circunstancias de distintos órdenes, han obstaculizado la labor de nuestros psiquiatras que, sin embargo con paciencia, tenacidad y esfuerzo han logrado un progreso evidente para la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales; adoptando los adelantos científicos de esta naturaleza que en todo momento han estado en vigencia en otros países, tanto de Europa como: Alemania, Francia, Italia, Suiza, Ita-

lia y España, como de los Estados Unidos de América, que en los últimos años ha adquirido una gran preponderancia en todos los órdenes científicos.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE ORDEN CIENTIFICO Y ADMINISTRATIVO

L A B O R A T O R I O

En el año de 1929 fué creado el primer laboratorio del Hospital Neuro-Psiquiátrico, con un costo de Q 5.000.00. Este laboratorio fué el primero y el mejor en su época y estaba situado en una de las barracas de que constaba el hospital, pues la construcción anterior había sido destruida por el terremoto. La dirección de este Laboratorio estaba a cargo del especialista en este ramo Doctor Ramiro Herrera, quien se había especializado en Chile, en Química y Biología. Entre sus haberes contaba con un micropio y una amplia y variada vidriería, siendo el orgullo del hospital. Más tarde fué trasladado este Laboratorio al Hospital General, con la condición de que éste se haría cargo de todos los exámenes necesarios del Neuro-Psiquiátrico, sin que esto se llevara a cabo.

SERVICIO DENTAL

Como en todo Hospital, es uno de los servicios indispensables. En vista de la necesidad que había de que el Hospital Neuro-Psiquiátrico tuviera un servicio dental completo, fué creado en el año de 1929 el primer servicio dental que estuvo a cargo del Doctor Carlos Rendón, las finalidades de este servicio eran la profilaxis y la extracción,

PANADERIA Y TORTILLERIA

Conforme pasan los años, el número de enfermos crece y en la necesidad de que el hospital tenga sus propias fuentes de consumo y a la vez ayudar a su economía, se fundó en el año de 1931, primero la panadería y días más tarde la Tortillería.

Las laborantes de éstas dependencias, son, en su mayoría enfermos del mismo centro, dándoles así la oportunidad de rehabilitarlos, siendo ésto un esbozo de lo que actualmente es la terapia ocupacional.

PRIMEROS TRATAMIENTOS

Me limitaré a indicar los tratamientos más usados en la antigüedad contra la agitación y a dar algunas fórmulas. Muchos de éstos tratamientos se han abandonado en la actualidad pero los describiré someramente sin entrar en mayores detalles, ya que el objeto de ésta tesis es dar a conocer la evolución de la terapéutica psiquiátrica y los resultados obtenidos en Guatemala.

El opio, en todas sus formas, era empleado en las enfermedades mentales, en extracto de tebaico en píldoras, extracto acuoso en inyecciones, laudano de uno a cuatro centigramos progresivamente.

EL HIDRATO DE CLORAL se usó como un sedante y se administraba en porciones de dos a tres gramos en la mujer y cinco a seis en el hombre; en forma de enemas de cuatro a cinco, en la mujer, y de cinco a seis en el hombre. Esto se usó para los estados de agitación.

BROMUROS: el compuesto llamado Bromidia se usó para epilépticos, en dosis de dos a ocho gramos lo mismo que "La poción de Charcot".

LA HIOSCINA: bajo la forma de clorhidrato, es un medicamento activísimo, cuyo manejo exigía mucha prudencia, se administraba en forma de poción, en píldoras y en inyecciones subcutáneas.

LA MORFINA que fué de las primeras inyecciones usadas en éste centro.

EL VERONAL dosis de 0.20 cgrs. a un gramo.

Estos tratamientos fueron los que se usaron mucho tiempo, cuyo objeto era calmar a los agitados y a la vez como fin curativo o de mejoramiento para el estado mental del enfermo, hasta que más tarde, fué creado un servicio de pensión, el cual era atendido por el Doctor Azurdia donde se practicó el tratamiento por sugestión hipnótica y de sueño prolongado.

ALGUNAS FORMULAS

Rp.

Hidrato de Cloral	2 a 4 grs.
Jarabe de Grosella	30 grs.
Agua c.s.sp.	60 cc.

Poción, tomar 1 cucharada dos veces al día.

Rp.

Hidrato de Cloral	5 grs.
Yema de huevo	1 grs.
Leche	120 grs.
Para enema de retención	

HIDRATO DE CLORAL COMBINADO A LOS BROMUROS

Rp.

Hidrato de Cloral	2 grs.
Bromuro de Potasio	4 grs.
Jarabe de Grosella	30 grs.
Agua c.s.p.	80 grs.

Poción: tomar 1 o 2 veces al día.

HIDRATO DE CLORAL CONTRAINDICADO EN LOS CARDIACOS

Bromuros: sólo de 2 a 8 grs. en 24 horas.

FORMULA DE LA HIOSCINA

Rp.

Clorhidrato de Hioscina	0.02 grs.
Jarabe de menta	30 grs.
Agua c.s.p.	120 c.c.
H.s.sa.	

Tomar 1 cucharada grande cada 10 minutos hasta 5 cucharadas.

Para inyecciones subcutáneas se preparaba:

Rp.

Clorhidrato de Hioscina	0.02 gr.
Agua	20 c.c.
H.s.a. para uso subcutáneo	1 c.c. igual a 1 mlgr.

Veronal: sellos de 0.20 gr. a 1 gr. A veces se asocia con la Valeriana.

3º Si la presión es normal, únicamente se sacan los 3 c.c. que son los centímetros que se van a inyectar.

Este tratamiento tiene por objeto mantener sedado al enfermo, y así pasa hasta ocho días sin que le den accesos convulsivos.

TRATAMIENTO POR SUGESTION HIPNOTICA

Esta clase de tratamiento fué puesto en práctica definitivamente, por el Doctor Carlos Federico Mora.

Después de haber sido el hipnotismo el tratamiento en boga dejó de usarse por mucho tiempo para aplicarlo actualmente de conformidad con los adelantos de la psiquiatría, pues su aplicación entraña cierto peligro agravando la psico-neurosis cuando se aplica incorrectamente, pues deja al enfermo bajo la impresión de estar dominado por un poder misterioso, debilita su energía y disminuye la confianza en su propia voluntad.

MALARIOTERAPIA

Tratamiento que tiene por objeto provocar accesos febriles. Para ello se busca enfermos de paludismo que se encuentran en plena evolución, se les extrae la sangre con plasmodium vivax y luego se inyecta por vía intramuscular, de 5 a 10 c.c., se deja que al enfermo se le produzcan de cuatro a cinco accesos febriles y luego se hace tratamiento antipalúdico. Este tratamiento está indicado en la parálisis general.

CARDIAZOL

Droga que se indica de preferencia en los esquizofrénicos y en los enfermos agitados. Se usaba en soluciones por vía endovenosa de uno a dos centímetros cúbicos inyec-

tados en forma rápida, produciendo crisis epileptiformes, su uso nació al observar varios investigadores que las crisis epileptiformes dejaban calmados a los enfermos mentales.

También se indicó en los enfermos maniaco-depresivos y en los paranoicos. Más adelante describiremos con detalle la técnica del tratamiento del cardiazol.

CAMISA DE FUERZA

La camisa de fuerza se usó poco tiempo al observar su efecto perjudicial, fué abandonado como tratamiento.

En el año 1938 se inician los tratamientos:

A.—INDUCTOTERMIA

Al traer el aparato de fiebre artificial se inician los tratamientos con dicho aparato con las técnicas requeridas, más adelante daremos los resultados obtenidos.

B.—ELECTRO-SHOCK

La Terapéutica por medio del Electro-Shock viene a revolucionar todos los tratamientos que hasta la fecha estaban en boga. Dándonos magníficos resultados, principalmente.

PSICOSIS: ENDOTOXICAS Y EXOTOXICAS.

Maniáco-depresivas.

Psicosis de involución.

Manías Agudas.

ELECTRO-ENCEFALOGRAMA

El 7 de Octubre de 1943, se practica en el Hospital el primer Electroencefalograma con bastante éxito por el Doctor José A. Campo.

LEUCOTOMIAS

En el año 1948 llega a Guatemala el Neurocirujano Doctor Juan B. Tavarnier quien practica una leucotomía con todos los perfeccionamientos modernos. Al año siguiente (1949) el Doctor Carlos Salvadó, con el afán de que en el hospital se practique todos los tratamientos, efectúa la primera Leucotomía transorbitaria por el método de Freeman.

Uno de los adelantos obtenidos en el Hospital Neuro-Psiquiátrico fué su independencia tutelar y administrativa del hospital General, que fué obtenida en virtud de múltiples gestiones del Doctor Miguel F. Molina en el año de 1945 (Agosto); aunque hay que confesar que la Dirección del Hospital General, siempre atendió con celo y prontitud todas las solicitudes que el Director Técnico del Hospital Neuro-Psiquiátrico formulaba. Pero la independencia de la Institución era necesaria para evitar pérdida de tiempo en el expediente de los casos, y para elevar la categoría de la institución al grado de hospital formal.

TRATAMIENTOS ACTUALES

En el Hospital Neuro-Psiquiátrico se está tratando de resolver el problema de la clasificación de las enfermedades mentales, y para este fin, se está siguiendo la moderna clasificación de la Sociedad de Psiquiatría Americana.

Antes de entrar a describir los tratamientos estandarizados en el momento y de sus resultados, enumeraré some-

ramente la forma en que se encuentra organizada el hospital para su funcionamiento:

- A) Un Director Técnico.
- B) Un Director Administrativo.
- C) Servicios de enfermeros y enfermeras.
- D) Departamento de Hermanas de la Caridad.
- E) Servicio Social.

SERVICIOS

Servicio de Admisión y de Consulta Externa.

Departamento de hombres — Departamento de Niños
Departamento de Mujeres y Niñas.

Departamento de Hombres		Departamento de Mujeres	
1º	Serv. de Clasificación.		Serv. Clasificación.
2º	" " Asistencia Común.	"	Asist. Común.
3º	" " Alcohólicos.	"	Enfermería.
4º	" " Enfermería.	"	Enfs. T. B. C.
5º	" " Enfms. T. B. C.	"	Cirugía.
6º	" " Cirugía.	"	Pensión.
7º	" " Pensión.		

OTROS SERVICIOS: Sala de Operaciones, Laboratorio Clínico, Departamento de Diatermia y Ondas Cortas, Farmacia, Dentistería y servicios de orden Económico.

PERSONAL MEDICO: 18 Médicos y 4 practicantes internos, contándose con la asistencia de practicantes externos que siguen el curso de clínica psiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala la cual se encuentra a cargo del Doctor Miguel F. Molina.

ENFERMOS RECLUIDOS: hasta el año de 1955 promedio de 1,500 enfermos.

ENFERMOS DE CONSULTA EXTERNA: Se atiende un promedio de 20 enfermos diarios.

DE LOS TRATAMIENTOS

El concepto que actualmente priva entre nuestros Psiquiatras, es el de seguir las modernas corrientes y nuevas teorías, que intentan tanto el tratamiento causal como sintomático de la afección mental de conformidad con los conocimientos científicos actuales.

Se realizan estudios metabólicos, químicos, endócrinos y anatomo-patológicos para la mejor fundamentación de los tratamientos.

Podemos confirmar ya los magníficos resultados obtenidos con el Electro-Shock cuando ha sido adecuadamente aplicado y sus resultados son bastante satisfactorios, y para el mejor éxito actualmente tiende a combinarse con fármacos.

NUTRICION

Factor que juega un papel importante en nuestro medio, y que no debe pasar desapercibido, es la desnutrición. Frecuentemente observamos y podemos decir sin temor a equivocarnos, que un 50% de nuestros pacientes hospitalarios, muestran marcada desnutrición, por lo que el tratamiento sintomático asociado con una dieta balanceada puede llegar a curar a estos enfermos, por lo que creo es un factor que se debe tener siempre presente, cuando intentamos el tratamiento de un enfermo mental.

PROCESOS TOXINFECCIOSOS:

Las enfermedades infecciosas como Paludismo, Tifoidea, etc., desencadenan, frecuentemente, psicosis, delirios y alucinaciones; trastornos que ceden con el tratamiento sintomático y específico de la enfermedad causal.

TRATAMIENTOS ENDOCRINONOLÓGICOS

(OPOTERAPIA)

La frecuente presentación de la esquizofrenia en la pubertad, la afinidad que muestra por las disposiciones displásicas y leptosómicas, su frecuente relación con el ciclo-catamenial, los numerosos brotes esquizofrénicos puerperales, climatéricos y durante la gravidez y la lactancia, han influido para que en la esquizofrenia se hayan ensayado toda suerte de tratamientos hormonales más o menos justificados y discretos. Los resultados sin embargo han sido muy precarios o nulos aunque la Opoterapia tenga sus indicaciones en algunos casos.

Se cree que en ciertas formas hebefrénicas puberales, puede llegarse a la remisión completa, cuando desde el principio de la enfermedad se administran preparados de glándulas genitales y tiroides.

La opoterapia puede ser útil en las jóvenes amenorreicas cuyo insuficiente desarrollo coincide con la sintomatología hebefrénica.

Algunos creen que la Opoterapia es eficiente en tratamientos largos, de muchos meses y con dosis mucho mayores que las habituales. Las comunicaciones sobre la administración, simple o combinada, de preparados de todas las glándulas de secreción interna (tiroidina, paratiroidina, extractos hipofisarios, estrógenos, andrógenos y sustancias luteinizantes) son infinitas, son resultados contradictorios, y que no resisten una crítica serena cuando son favorables.

La Opoterapia no puede considerarse como terapéutica activa del proceso esquizofrénico y solo está indicada cuando existe una insuficiencia glandular bien confirmada por métodos biológicos. También está indicada cuando uno de los sistemas endocrinos está afectado por exceso funcional o defecto.

En ambos casos no debe esperarse que la Opoterapia cure la Esquizofrenia, pero si que corregido el metabolismo hormonal se influya favorablemente sobre el sistema neurovegetativo.

En nuestro medio es frecuente observar los trastornos psíquicos-hormonales y los tratamientos han dado buenos resultados en ciertos casos de esquizofrenias sintomáticas.

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS:

Al describir los tratamientos quirúrgicos únicamente me limitaré a describir las técnicas quirúrgicas de aquellas operaciones cuyo fin ha sido aliviar o curar las enfermedades mentales; la Neuro-cirugía se inició desde el año de 1948 cuando llegó a Guatemala el Neuro-cirujano francés Doctor Juan B. Tavernier, le siguen los Doctores Salvadó y López Selva quienes practican Leucotomías en los casos de epilepsia que ellos creen conveniente.

En el año de 1952, ingresa al Hospital Neuro-Psiquiátrico el Doctor Carlos de la Riva P., después de haber hecho estudios de especialización en Neuro-cirugía en París, el 23 de Diciembre de ese año practica la primera operación con todo éxito en el niño Carlos Marroquín de 4 años de edad, y a quien se le diagnosticó tuberculoma del cerebelo.

Hasta el año de 1956, el Dr. de la Riva, lleva un total de 600 intervenciones quirúrgicas, y en nuestro concepto su labor ha sido eficiente y necesaria para el Hospital Neuro-Psiquiátrico.

Por lo que respecta a la Cirugía General, también se practica en los enfermos recluidos, previo estudio, y siempre que ameriten la intervención quirúrgica a que va a ser sometido.

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PROPIAMENTE DICHOS LEUCOTOMIAS PRE-FRONTAL

Indicaciones: Esquizofrenia, Epilepsia, con fines analgésicos, y para modificar los de Carácter en las personalidades antisociales.

Fundamentos Fisiológicos.

Los resultados obtenidos con este procedimiento han sido bastantes satisfactorios para ciertos casos graves, y se basa en los fundamentos fisiológicos e hipótesis psicopatológica que apoya el Profesor Portugués Egas Moniz, la mencionada intervención quirúrgica.

Las células cerebrales y mesoencefálicas mantienen entre sí relaciones funcionales, gracias a las numerosas fibras de asociación, participando en tales relaciones tanto los cilindros ejes como las dendritas.

Por nuestros conocimientos anatómicos y fisiológicos, hemos llegado a localizar, casi con certeza las sensaciones motrices sensitivas y sensoriales; de la misma forma habrá células de la corteza, donde se localicen las funciones psíquicas, sin embargo, la etapa que media entre Gall y Brodman todavía no se ha deslindado cuales sean las zonas cerebrales que tienen aseguradas las funciones psíquicas, si bien se presume que sean precisamente aquellas que se denominan silenciosas, con toda probabilidad las del lóbulo frontal en la región prefrontal.

El lóbulo frontal, es el lóbulo que se encuentra más desarrollado en el hombre, que en los animales, y son mucho más complejos sus campos arquitectónicos, así como más numerosas las células de estos campos, la parte más anterior de este lóbulo se denomina lóbulo pre-frontal de Moniz, a este lóbulo se le atribuyen la mayoría de las funciones de los lóbulos frontales que se orientan en el sentido de una coordinación psíquica y motora, por lo que puede casi asegurarse que la región pre-frontal constituye una región de gran actividad psíquica.

BASES HIPOTÉTICAS DE LA LEUCOTOMIA

Ignorando las lesiones celulares de las psicosis endógenas y funcionales, psicosis que se caracterizan por la presentación de ideas fijas, delirantes, trastornos de la asociación, etc. supone Moniz que tales trastornos psíquicos cualitativos se deben a que se constituye una especie de grupos celuloconectivos que llegan a hacerse poco más o menos fijos.

La formación de tales grupos celuloconectivos patológicos, se debe a una actividad celular especial, bajo la acción de estímulos provenientes de otras células o grupos celulares, siguiendo siempre la misma vía de conexión a la cual se deben la fijez de ciertos complejos psicopatológicos, de las psicosis y las psiconeurosis.

Basado en las consideraciones anteriores, Moniz creyó fácilmente curable las psicosis si se logra la destrucción de las acomodaciones asociativas establecidas por los grupos celuloconectivos; de esta manera se librarían otro grupo de células esclavizadas de manera patológica, por las morbosamente preponderantes; empero al ignorar las localizaciones de dichos grupos celulares, y como dichas fibras corren casi todas ellas por el centro oval, los cortes en esta región seguramente interrumpen las asociaciones neuronales curando las psicosis.

TECNICA OPERATORIA:

Tenemos dos técnicas: 1º Técnica de E. Moniz que son:

a) Bloqueo por la inyección de alcohol en ciertas partes del lóbulo pre-frontal del centro oval.

Al observar Moniz la mejoría del paciente, sin peligro para su vida, pensó en un método quirúrgico mucho más preciso que permitiera la destrucción mucho más limitada de la substancia blanca y para tal efecto construye el instrumento que denomina LEUCOTOMO CEREBRAL.

b) LEUCOTOMIA CEREBRAL

El Leucótomo es un instrumento de once centímetros de longitud y dos milímetros de diámetro externo, que lleva dispuesto en su interior un hilo de acero de un milímetro de diámetro que sobresale formando una ansa por una hendidura de un centímetro de largo y un milímetro de ancho; esta ansa sirve para destruir la substancia blanca, haciendo girar el instrumento en varias direcciones. La Cánula que forma la parte principal del leucótomo, está dividida a partir del centro de la hendidura, en centímetros llevando una numeración bien visible para que pueda calcularse el punto de donde debe hacerse el corte.

TECNICA:

1º Anestesia Local. 2º Hacer tres trapanaciones, a derecha e izquierda en la región frontal, a tres centímetros de la línea media y en una línea circunferencial de la línea fronto occipital, tres centímetros hacia arriba del tragus. 3º Insición de la dura madre. 4º Hacer cortes en la aracnoides y en la corteza. 5º Se introduce el leucótomo o bien la aguja de la jeringuilla de inyecciones hasta la profundidad y dirección elegida. 6º Se abre el leucótomo y se hace que gire suavemente.

INYECCION DE ALCOHOL EN EL CENTRO OVAL

Técnicas semejantes a la anterior. Utilizando para la inyección la aguja de Marteli. Se inyecta en el lugar elegido la cantidad de dos décimos de centímetro cúbico de alcohol absoluto.

PRECAUCIONES:

1º El Neumoencefalograma, que tiene por objeto localizar los cuerpos anteriores.

COMPLICACIONES:

1º Fiebre, dolores frontales, cefaleas, vómitos, somnolencia, trismos y contracciones fibrilares de los maseteros, movimientos circulares, incontinencia vesical e intestinal, trastornos pupilares, ptosis palpabral, nistagmos, equimosis; además éstos síntomas son pasajeros y durante 48 horas.

Trastornos psíquicos: apatía, ausencia de iniciativa, estereotipias, catatonía, resistencia a los movimientos pasivos, mutismo, rigidez de la mímica, negativismo, trastornos de la orientación, conducta pueril, polifagia. Permanecen normales la inteligencia y la memoria.

En Guatemala se han practicado Leucotomías con la técnica de Freedman, en los diferentes servicios del Hospital Neuro-Psiquiátrico (experiencia Doctores Salvadó, López Selva y M. Morán).

Hay que advertir que en Guatemala nunca se practicó la Leucotomía, por el método de Egaz Moniz porque la primera Leucotomía con toda la técnica la hizo el Doctor Juan B. Tavernier en el año 1948 por procedimientos e instrumental moderno.

TECNICA PARA LA LEUCOTOMIA POR EL METODO DE FREEDMAN

1º Se le pone el Electro-Shock al paciente. 2º En el estado crepuscular se introduce el clavo de Freedman por vía transorbitaria, hacia el centro oval y se dirige hacia los lados suavemente.

Las experiencias obtenidas en el Hospital Neuro-Psiquiátrico han sido bastante satisfactorias en cuanto a cambios de personalidad se refiere, ya que en los servicios de asistencia común de mujeres se trató por este medio a 50 enfermas epilépticas, cuya conducta era insoportable, por ser demasiado agresivas y con carácter destructible, las crisis convulsivas eran frecuentes, además el tratamiento medicamentoso, no les producía mayor efecto beneficioso, estas enfermas fueron preparadas para la intervención quirúrgica.

Observadas 48 horas después de la operación presentaron conducta apacible, las crisis convulsivas se hicieron espaciadas (experiencias del Dr. López Selva).

Los Doctores Salvadó han obtenido los mismos resultados anteriores; inclusive se tuvo un caso de cáncer gástrico cuya enferma presentaba dolores agudos, que no cedían a los analgésicos conocidos, así como a los derivados del opio, se le practicó una leucotomía y a los 10 minutos después de la intervención la enferma presentó analgesia completa durante mucho tiempo (experiencias del Dr. J. Salvadó).

TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS

TRATAMIENTO DE VON MEDUNA

ANTECEDENTES.

Tiene su origen el método de Meduna en las observaciones de Nyro y Jablonsky (1929), sobre la eficacia de la

medicación anti-comicial cuando la epilepsia se haya asociada a la esquizofrenia. Posteriormente, varios autores observaron curas semejantes en los esquizofrénicos catatónicos y esquizofrenia simple. Basado en estos antecedentes, Von Meduna (1934) comienza una serie de trabajos acerca de la epilepsia experimental y sus influencias en el curso de la esquizofrenia.

Elige entre todos los farmacos del alcanfor que puede administrarse sin peligro de la vida; incluso a dosis convulsivantes.

Experimentó primero en conejillos y luego lanza su técnica que sin ninguna modificación se ha empleado hasta la fecha.

Indicaciones: Esquizofrenia, manías, depresiones endógenas, agitación motriz de variado origen y en una serie de síndromes afectivos.

Se ignora el mecanismo de acción, pero no se puede negar la eficacia terapéutica del método.

Técnica de la convulsoterapia química. Consiste en la provocación de convulsiones mediante la inyección endovenosa de cardiazol. Dosis inicial 50 centigramos (5 c.c. solución al 10%) se aumenta progresivamente 10 centigramos diarios hasta 200 mgr. La dosis inicial se calcula por edad y peso del paciente, para evitar las formas frustradas de convulsiones, ya que para el paciente estas formas producen reacciones repulsivas al tratamiento. La solución debe inyectarse por vía endovenosa, con aguja gruesa y en forma rapidísima. Paciente en ayunas y acostado.

RESULTADOS OBTENIDOS: hasta el año 1938 en que se introdujo el aparato Electro-Shock; fué el método terapéutico más empleado en el Hospital Neuro-Psiquiátrico, con resultados bastante satisfactorios.

Es de lamentar que no se haya llevado estadística de los casos tratados por este método.

Este tratamiento casi ha desaparecido por el terror que experimentan los pacientes, con sensación de muerte inminente que los hace suplicar desistir de este tratamiento tan angustioso.

TRATAMIENTO DE SAKEL

Antecedentes.

Es sabido que la secreción interna del páncreas influye sobre el metabolismo del azúcar. Cuando la cantidad de insulina sobrepasa lo normal, sobrevienen los síntomas clínicos de hipoglicemia.

Klemperer fué el primero en observar que el estado general de los enfermos psíquicos, mejoraba con la administración de insulina, especialmente en ciertas agitaciones motrices tóxicas, así como las sitiofobias esquizofrénicas y psicopáticas, en ciertas formas neuro-vegetativas que suelen presentarse en la desmorfización, en el delirium tremens, y la melancolía.

Estos excelentes resultados fueron observados por Sakel, y le sugirieron la idea de producir deliberadamente la hipoglicemia para el tratamiento de estas enfermedades.

TECNICA.

La técnica debe ser cuidadosamente vigilada, pues se trata de provocar como profundo hipoglucémico, mantenido por lo menos durante 45 minutos, y que ponen al borde de la muerte durante el estado comatoso.

La técnica clásica tiene tres fases: a) Preparatoria. b) Principal o de Coma. c) Terminal.

1º LA FASE PREPARATORIA, Y LA PRINCIPAL O DE COMA, principia desde el primer día en que se administra

la insulina, y terminan el día en que se produce coma hipoglucémico.

2º LA FASE FINAL O TERMINAL. Comienza el día en que por disminuir las dosis de insulina dejan de producirse las comas, pero durante la cual siguen inyectándose dosis de insulina para consolidar los resultados obtenidos.

Algunos clínicos prefieren consolidar la última fase con electro-Shock, y abrevian la primera inyectando grandes dosis de insulina.

La técnica a seguir es la siguiente:

- 1) Inyección de pequeñas dosis de insulina 20 a 30 U., que habitualmente no producen coma.
- 2) Cuatro horas más tarde, adminístrese 100 a 200 gramos de glucosa diluidos en agua, té o leche cantidad de azúcar que empíricamente se considere suficiente para combatir la hipoglucemia, y luego se pone a desayunar al paciente.
- 3) En días sucesivos, se aumentan las unidades de insulina en 5 a 20 U. según el peso del enfermo y experiencia del clínico hasta producirse el coma.

Actualmente se hacen endovenosas las inyecciones del coma, ahorran medicamento, el coma se presenta más pronto después de la inyección y se evita sufrimiento al enfermo. Producido el coma, se mantiene durante un tiempo que oscila entre cuarenta y cinco y noventa minutos, algunas veces se espera más tiempo (como prolongado) para casos graves.

En caso de que se presente coma prolongada, se trata de la manera siguiente:

- A) Administración de soluciones azucaradas por sonda nasal.
- B) Administración de soluciones hipertónicas al 30 o al 40% por vía endovenosa.

El número de comas que se han de producir depende de la gravedad y naturaleza del caso, desde 15 a 60, como término medio 30.

FASES DEL COMA HIPOGLUCEMICO

El desarrollo de la hipoglucemia se refleja en las modificaciones de la conciencia y neurológicas, según las siguientes fases:

Primera Fase. Se prolonga unas veces después de la inyección, suelen presentarse primeramente euforia o excitación hipomoniaca que recuerda la moria. En algunos casos de agitación Psicomotriz, acompañada de sudores y alteraciones del ritmo cardíaco.

Segunda Fase. Corresponde a la cuarta hora, caracterizada por somnolencia hipotonía, sudores profusos y actitud de sueño natural.

Tercera Fase. Corresponde a la hora siguiente y está integrada por una serie de síntomas neurológicos que recuerdan los de la Encefalitis o de la Corea (Excitación de los reflejos, Babinski, Openhein), convulsiones tónico-clónicas, aumento del tono muscular, etc., luego automatismo, movimiento coreiformes, espasmos de torsión generalizados y otros.

Cuarta Fase. Desaparición de todos los movimientos espontáneos.

Quinta Fase. Abolición del tono muscular y de los reflejos.

Sexta Fase. La profundidad del coma alcanza a los centros bulbares, con alteraciones respiratorias y circulatorias, fase que debe evitarse por ser demasiada peligrosa.

Estas fases pueden ser interferidas por la reacción anti-hipoglucémica del organismo, reflejando oscilaciones sintomáticas el juego antagónico entre las hormonas insulares y anti-insulares hasta el punto de que difícilmente se diferencian los síntomas de la acción directa de la insulina o de la reactiva de la adrenalina. En la práctica es trascendente el momento en que despierta el paciente, que no puede regularse por la duración de coma, como se hacía en los primeros tiempos.

Sackel propuso últimamente que la interrupción se haga en las formas esturpurosas y agitadas en el momento en que la sintomatología sea de contraria a la que presenta el enfermo en vigilia; por ejemplo: el esturpuroso cuando cese la inhibición, el agitado se hace más tranquilo.

Incidentes y contraindicación: La mejor manera de evitar incidentes y complicaciones, es establecer rigurosamente las contraindicaciones, previo examen de los aparatos respiratorio y circulatorio, además debe hacerse un electrocardiograma. Está contra indicado el método en tuberculosis activa, afecciones hepáticas, renales y endocrinopatías. La hipertensión juvenil y constituye una contraindicación formal, así como la esclerosis generalizada, estrechez coronaria, angina de pecho y la hipertensión de origen renal.

Entre los incidentes mencionaremos:

- A) La autoregulación espontánea; es decir el organismo vence con sus propios reguladores tanto la hipoglucemia como el coma.
- B) Hábito; el organismo llega a habituarse al tratamiento de tal manera que cada día se necesitan dosis mayores para provocar el coma.

- C) Sensibilización: El organismo reacciona fácilmente con pequeñas dosis.
- D) La resistencia: puede ser absoluta o relativa, consiste en que dosis altas de insulina pueden inyectarse sin ningún resultado para el enfermo.

ACCIDENTES:

- A) Choque sacro: Consiste en crisis convulsivas epileptiformes, sin sudoración.
- B) Vómitos hipoglucémicos.
- C) Como prolongada: Este es un enojoso incidente que se caracteriza por la dificultad para salir del estado comatoso pronto, teniendo necesidad de recurrir al tratamiento del coma hipoglucémico por las medidas terapéuticas ya mencionadas.

Las experiencias que hemos obtenido en los enfermos tratados por nosotros por medio de este método son bastante satisfactorios, como puede observarse en el siguiente cuadro de los pocos enfermos que han sido perfectamente controlados, han salido curados, ninguno ha reingresado y varios de ellos han vuelto a sus ocupaciones habituales.

Hemos tenido dos defunciones como complicación a consecuencia de la dificultad en la intubación para la administración de alimentos.

La terapia ocupacional recreativa juega un papel importante como coadyuvante en este tratamiento.

El número de comas necesarios para observar la mejoría de los pacientes varía entre 30 a 50 para arriba, notando que los enfermos que han curado, han necesitado más o menos un promedio de sesenta y cinco comas.

TRATAMIENTO CERLETI Y BINI ELECTRO SHOCK

Este tratamiento está basado en las experiencias de Britich y Hitzig, quienes en el año 1870 estudiaron la excitabilidad cordical eléctrica y la provocación de crisis convulsivas.

Leduc, en el año 1902, aplica la corriente continua 100 a 200 veces por minuto sobre el cráneo íntegro de los animales, produciendo inhibición sobre los hemisferios cerebrales, sueño, y luego anestesia general, observando como inconvenientes que se provocan contracturas y convulsiones crónicas que elevan la presión sanguínea, provocando más tarde la evacuación de la vejiga urinaria y del intestino, y momentáneo paro respiratorio.

En el año 1938, Carletti provoca la primera crisis convulsiva en el hombre por medio de un aparato construido por Bini; este aparato permite la exacta dosificación de la tensión eléctrica.

TECNICA DEL ELECTRO-SHOCK:

Existen varias clases de aparatos para Electro-Shock los usados en Guatemala son de varias fábricas.

Cada aparato está formado por dos circuitos: a) el de resistencia y b) el de choque.

Estos aparatos funcionan con corriente alterna, permitiendo emplear a nuestra voluntad distintas variaciones de tensión

Se ha podido comprobar que el umbral convulsivante depende no solo de la resistencia del cráneo al paso de la corriente, sino también por las variaciones de la resistencia eléctrica en el mismo paciente, en días distintos y aún en el mismo día.

Para el paso de la corriente, cada aparato está provisto de dos electrodos que son placas de 10 cm. por lado, cada electrodo se coloca en la región fronto-temporal, la cual se humedece previamente con una solución salina normal o bien con una pasta conductora.

A continuación doy a conocer un cuadro de estadística de Electro-Shock efectuados en uno de los servicios de Asistencia Común de Hombres:

ELECTRO-SHOCK

Asistencia Común de Hombres.

Electro-Shock efectuados en el Hospital Neuro-Psiquiátrico del 20 de Junio de 1949 al 2 de Noviembre de 1954. En las diferentes enfermedades mentales.

Psicosis Esquizofrénica	112
Esquizofrenia simple	41
Esquizofrenia sintomática	25
Esquizofrenia sint. alcohólica	29
Esquizofrenia paronide	11
Esquizofrenia Hebrefrénica	5
Esquizofrenia Catatónica	5
Psicosos Alucinatoria Toxi-infecciosa	25
Psicosis Senil	8
Psicosis Alucinatoria Tóxica	3
Psiconeurosis angustiosa	2
Psicosos Maníaco-depresiva	6
Psicosis convulsiva	3
Psicosis Nutricional	4
Psicosis Epiléptica	4
Psicosis Pre-senil	5
Psicosis Alucinatoria crónica	3

Psicosis de situación	1
Trastornos conductuales con debilidad mental	3
Personalidad Psicopática	8

En el servicio de Asistencia Común de Hombres.

DIFERENTES TIPOS DE ESQUIZOFRENIA TRATADOS POR ELECTRO-SHOCK

Del 15 de Junio al 20 de Diciembre de 1949.

Pacientes: 15 Remisión completa: 6 Mejorados: 7

En los demás casos no se siguió el tratamiento por retiro de enfermos del Hospital por sus familiares, o por pasar a otros servicios por diferentes causas.

Del 4 de Enero al 26 de Diciembre de 1950.

Pacientes: 39 Remisión completa: 10 Falleció: 1
Mejorados: 16 poco mejorados: 4

El resto no continuó el tratamiento por diferentes causas.

Del 5 de Febrero al 18 de Diciembre de 1951.

Pacientes: 14 Remisión completa: 5 Mejorados: 3
Poco mejorados: 4

El resto no continuó el tratamiento por retiro de los enfermos.

Pacientes: 12 Remisión completa: 1 Falleció: 1, de otra enfermedad.

El resto no continuó el tratamiento por interrupción.

Del 19 de Enero de 1953 al 17 de Diciembre de 1953.

Pacientes: 70., la mayoría con otros tratamientos. Tratamientos intensivos: 12. Suspendido por posible T.B.C.: 1.

El resto no continuó el tratamiento por interrupciones.

INDUCTOTERMIA

Fiebre artificial.

La fiebre artificial es otro de los tratamientos que se practican en el Hospital Neuro-Psiquiátrico, para la parálisis agitante (Lues Nerviosa) y todas las lesiones meta-sifilíticas.

Se usa asociado al tratamiento específico en las enfermedades mentales de esta índole.

Para provocar esta fiebre artificial, el Hospital Neuro-Psiquiátrico ha adquirido un gabinete con su aparato de Inductotermia.

No se puede saber hasta que punto ha sido eficaz este tratamiento, por la falta de control en los enfermos a los cuales se les ha practicado, debido a que la mayoría son pacientes ambulantes.

Otros métodos de fiebre artificial son las vacunas.

OTROS TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS

Como se puede observar variada ha sido la terapéutica medicamentosa, que se ha empleado.

Cardiazol. Tratamiento de Von Meduna.

Insulina. Tratamiento de Sackel.

Vacuna Antitífica. Con medio para provocar la fiebre artificial.

Hipnóticos. De corta y larga duración, por vía oral y parenteral.

Barbitúricos: Fenobarbital, Luminal, Seconal, Pentobarbital, Amital Sódico, Pentotal, Sonmifeno.

Anticonvulsivantes

Gran Mal: Tridione.
Epamín.
Thiantoin.
Barbitúricos.

Pequeño Mal: Tridione
Paradione.

Accesos Psicomotores: Mesantoina.
Epamín.
Thiantoin.

DERIVADOS DE LA RAUWOLFIA RESPERTINA

Los alcaloides de esta planta, la Reserpina. El Raudi-
xoides, han demostrado tener efectos sedantes a hipnóticos.
Las acciones principales de estos alcaloides son: 1º Acción
inhibidora central, 2º Bajan la presión arterial con brad-
cardia algunas veces inhibición respiratoria momentánea. 3º
Estimación del peristaltismo. 4º Miosis.

Estas acciones farmacológicas corresponden en parte al
síndrome obtenido por la estimulación eléctrica y encefálica,
por lo que actualmetne se está empleando en el tratamiento
de las enfermedades mentales, pero no podemos llegar a
ninguna conclusión definitiva todavía, pues estos tratamien-
tos son muy recientes y están en vías de comprobación.

PSICOTERAPIA

A continuación doy a conocer las bases que pueden ser-
vir de guía directriz para un tratamiento Psicoterápico, sin
entrar en detalles en el tratamiento, ya que este varía según
el médico tratante y el caso clínico que se presente.

Comprende: a) el exámen médico. Inspección rigurosa
(historia, exámen físico, exámenes complementarios de labo-
ratorio); y recuérdese siempre que los diagnósticos psiquiá-
tricos estén basados en los hallagos o síntomas psiquiá-
tricos y no sobre la simple exclusión de síndromes orgánicos,
una historia psicopática tiene extraordinario valor cuando las
relaciones psicósomáticas se esclarecen con el concurso del
propio paciente. Debe seguirse las siguientes reglas:

- A) Evítese los conceptos alternativos de la enfermedad, al-
ternando un concepto orgánico con otro funcional, pues
cuando se presentan van juntos en todo paciente.
- B) No prolongar el estudio del enfermo con análisis de larga
duración, con el simple propósito de impresionar al pa-
ciente.
- C) No hacer partícipe al enfermo de una enfermedad no
confirmada.
- D) No internar al enfermo sin necesidad.
- E) No abandonar el estudio del enfermo hasta no descartar
la posibilidad de una lesión con el simple hecho de
creer que es una lesión puramente funcional

EXAMEN PSIQUIATRICO

La historia e interrogatorio deben conducirse hacia las
dificultades de orden emocional del enfermo; cada caso ofrece
al interrogatorio aspectos distintos pero es imprescindible
cierta información básica.

Interróguese con calma y paciencia. Los exámenes que deben investigarse son:

- 1º Factores hereditarios, historia de la familia, investigando de preferencia a las alteraciones psiquiátricas y constitucionales.
- 2º Factores ambientales durante el crecimiento e infancia:
 - a) Educación y experiencias de la primera infancia.
 - b) Relaciones familiares, amistades.
 - c) Relaciones sociales.
 - d) Experiencias y actitudes sexuales.
 - e) Inclinationes.
 - f) Propósitos, y ambiciones.
 - g) Credos religiosos y su desarrollo.
- 3º Factores determinantes, especialmente:
 - a) Dificultades románticas.
 - b) Falta de armonía doméstica.
 - c) Disgustos profesionales.
 - d) Reveses financieros.
 - e) Ansiedad sobre la salud.
 - f) Trastornos en la manera de vivir.
 - g) Muerte de familiares.
 - h) Sobrecarga y fatiga.
- 4º Estado mental. Es preciso distinguir las quejas de origen neurótico, de las psicóticas. Recuérdese que las quejas de carácter extraño se encuentran lo mismo en los enfermos neuróticos, que en los psicóticos.

- a) Comportamiento general. Aspecto, lenguaje, acción y actitudes.
- b) Carácter, ansiedad, agitación, júbilo excesivo o depresión.
- c) Ilusiones, alucinaciones.
- d) Sensorio. Introspección, juicio, orientación, memoria e inteligencia.

Una vez hecho el interrogatorio el examen anterior, y habiendo llegado a una impresión clínica, se tomarán todas las medidas generales que tienen suficiente valor terapéutico.

La rapidéz de acción de sedantes y antiespasmóticos servirán para revelarnos la sensibilidad del paciente.

Régimen higiénico de vida.

En Guatemala actualmente se acaba de inaugurar el Centro de Salud Mental, que viene a llenar un gran vacío de urgente necesidad en nuestro medio

CONCLUSIONES

En éstabrevésíntesis, he recorrido los aspectos más interesantes de la evolución psiquiátrica en Guatemala, y al hacer este estudio me he podido dar cuenta que es verdaderamente interesante, y a la vez de urgente necesidad, que en cada centro asistencial, se haga un análisis de sus actividades científicas, por lo menos cada cinco o diez años para poderse dar cuenta de los avances obtenidos durante ese tiempo.

En el Hospital Neuro-Psiquiátrico observamos:

- 1º Que el número de pacientes desde su iniciación hasta la fecha, se ha hecho diez veces mayor.
- 2º Que se han hecho reiteradas gestiones ante las autoridades correspondientes para la construcción de un nuevo edificio en un lugar campestre adecuado, para ocupar a los enfermos en actividades agrícolas, y ensanchar el espacio vital y condiciones higiénicas para evitar el hacinamiento, tenemos la esperanza que un gobierno comprensivo realizará este anhelo tradicional del cuerpo médico del establecimiento.
- 4º Los tratamientos a que han estado sometidos los enfermos del Hospital Neuro-Psiquiátrico siguen un paralelismo, con el avance de la ciencia y las posibilidades económicas del establecimiento, y culturales de los enfermos.

5º Los tratamientos instituidos son determinados preponderantemente por la naturaleza de la afección mental, y las condiciones biológicas del enfermo.

6º Conviene recalcar la necesidad del estudio de la psiquiatría para el médico general, porque todas las afecciones aún esencialmente orgánicas siempre se acompañan de manifestaciones psíquicas comprobando que todo individuo sano o enfermo es una unidad psico-somática indivisible.

ARMANDO AMAYA R.

Vº Bº:

Dr. MIGUEL F. MOLINA.

Imprimase.

Dr. CARLOS VIZCAINO G.

Decano Interino.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Vallejo Nájera. Tratado de Psiquiatría.
- 2.— Fursac. Psiquiatría.
- 3.— Mira y López E. Psiquiatría Básica.
- 4.— Alexander. Treatment of Mental Disorders.
- 5.— Ann N. Y. Acad. Resirpina in Neuro-Psychiatric & Neurological Problems.
- 6.— Chatton Margen Braired. Manual de Terapéutica Clínica.
- 8.— Schneider. A test Book of Psychiatry.
- 7.— Henderson and. Guillespine. Las personalidades psicopáticas y problemas de pato-psicología y de psiquiatría clinical.