

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

**ESTUDIO COMPARATIVO DE NUEVAS FENO-
TIAZINAS EN PSIQUIATRÍA**

TESIS

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por**

ALFONSO LEMUS GARZA

Ex-interno de los siguientes servicios: Cirugía de Niñas; 3a. Medicina de Hombres; Complicaciones del embarazo; Ex-Asistente de Residente de Emergencia de Niños; Ex-Practicante interno del Hospital Neuropsiquiátrico; Ex-Médico Asistente de Pediatría del Hospital Roosevelt; Ex-Médico Jefe de la Unidad Sanitaria de Chiquimula; Médico Jefe de Servicio del Hospital Nacional de Chiquimula; Director Interino del Hospital Nacional de Chiquimula. -

**En el acto de su investidura de
MÉDICO Y CIRUJANO.**



JULIO 1958

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

HISTORIA DEL USO DE MEDICAMENTOS EN PSIQUIA
TRIA, CON ESPECIAL REFERENCIA A LOS TRANQUI
LIZADORES O ATARAXICOS FENOTIAZINICOS.

RESUMEN ANATOMO - ESQUEMATICO DEL SISTEMA
NERVIOSO.

RESUMEN QUIMICO Y FARMACOLOGICO DE LAS FE-
NOTIAZINAS.

ORIENTACION PREVIA A LA PRESENTACION DE CA-
SOS.

PRESENTACION DE LOS CASOS Y SUS RESULTADOS.

COMENTARIOS Y CUADROS COMPARATIVOS DE LAS
FENOTIAZINAS CON OTROS ATARAXICOS.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION

1. Mi deseo al hacer este trabajo de tesis tiene por objeto dar un estímulo e inquietud para las nuevas generaciones de médicos, en una labor propia del terreno de la investigación médica, tratando de obtener datos y darse cuenta por sí mismos de los resultados de ciertos productos, y al obtener conclusiones poder lanzarlos a la divulgación para que nuestros médicos hagan tratamientos basados y orientados en datos y experiencias reales y no sólo prescribir un medicamento por lo que leen en la literatura que trae la casa productora.

2. Por tal razón varios Médicos Psiquiatras me eligieron para enfermos con distintos diagnósticos, para valorar estas Febrifugas y llegar a conclusiones propias, porque las obtenidas en otros países son contradictorias.

3. No pretendo que este trabajo sea completo, para tener una orientación e información hay que observar muchísimos casos, ya que en el transcurso de seis meses que los tuve a control, fui anotando diariamente todos los resultados y reacciones que presentan.

4. Únicamente trabajé con hospitalizados, haciendo notar que si hubiera visto casos en consulta externa, no podríamos basarnos en los resultados, pues ignoraríamos si cumplen con las indicaciones terapéuticas.

5. En el Hospital Neuropsiquiátrico, pude controlarlos a horas distintas y tener datos ciertos de los resultados.

6. Sobre tratamiento de ataráxicos aún estamos en período de investigación, por lo cual sería interesante que algún Médico o profesional se interesara en complementar los estudios que se han hecho sobre ellos para ayudar en la solución de los problemas psiquiátricos.

II. HISTORIA DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN PSIQUIATRIA, CON ESPECIAL REFERENCIA A LOS TRANQUILIZADORES O ATARAXICOS FENOTIAZINICOS.

Si tan solo nos posiéramos a meditar que al principio de la humanidad el tratamiento médico en las enfermedades orgánicas era un "caos" asociado a su compañera la "magia", podríamos decir que era en Psiquiatría. Esto nos da la idea del principio de la historia del tratamiento en Psiquiatría.

La Psiquiatría Presocrática (si es que así se le puede llamar) creía que la "locura" era un castigo de los dioses y no rendirles culto y que por tal razón, basándose en ideas filosóficas y especulativas, no era conveniente que se le hiciera un tratamiento científico.

Pero fue el verdadero fundador de la medicina mental: Hipócrates (460-355-J.C.) a quien se le ha dado honra y mérito por ser el primero en oponerse a la supersticiosa práctica de los adivinos y sacerdotes, en el tratamiento de la Psicosis, cuya terapéutica inicia con el uso empírico del Eléboro, la Mandrágora, los baños y sangría.

La Mandrágora se conoce en la actualidad como una planta del género de las solanáceas cuya raíz tiene propiedades análogas a la belladona.

Por varios siglos permaneció en completo abandono el tratamiento psiquiátrico, en el cual el médico hacía de farmacéutico, preparando él mismo sus medicinas, hasta más o menos el año 1400 en que se separó la farmacia de la medicina como dos ciencias distintas.

En el año 1500 en la India conocían como 800 plantas en

ellas el beleño y cáñamo que les proporcionaban acciones anestésicas.

A fines de la edad media el padre Jofre hizo los fundamentos de un centro para acoger a los "locos" y se principió así, la hospitalización con un tratamiento más ordenado.

Los siguientes años el tratamiento médico psiquiátrico fue avanzando muy lentamente, pero de nuevo en los siglos XVII y XVIII dio un gran paso hacia atrás, pues por la influencia que tuvo en esa época ya no se consideró a la Psiquiatría como una rama de la medicina.

La verdadera historia de los usos de los medicamentos en psiquiatría es muy reciente y aún continúa en un franco empirismo clínico, pues la Psiquiatría casi siempre ha estado esclavizada en especulaciones, teorías y bajo influencias filosóficas. Esta hace medio siglo principió un desarrollo científico que ha tomado a la Psiquiatría como una ciencia muy joven aún, pues todavía no ha terminado la lucha entre especuladores y empiristas, pero que a Dios gracias ya van desapareciendo porque en la actualidad se está estudiando al hombre en su totalidad desde el punto de vista psicológico, principiando a conocerse la naturaleza íntima de las enfermedades mentales.

En los años 1900 a 1910 los psiquiatras podían combatir los síntomas: el insomnio y la excitación psicomotriz con el uso de soporíferos. Luego, ambos síntomas se principiaron a tratar metódicamente con hipnóticos y sedantes.

Entre los hipnóticos hay unos que actúan sobre los centros motores cerebrales, son los barbitúricos, otros actúan sobre la actividad cerebral, los hipnóticos de la serie aldehida.

Los hipnóticos más usados son: Hidrato de cloral, luminal, clonazepam, somnifeno y como sedantes la valeriana y los bromuros.

En 1922 en Zurich (Suiza) en la clínica Bleuler, el Dr. Kläsi

III. RESUMEN ANATOMO ESQUEMATICO DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso integra y correlaciona las diversas funciones del organismo. Además controla y ayuda las reacciones y las adaptaciones del hombre al medio que lo rodea. El sistema nervioso consiste anatómicamente del sistema nervioso central y del periférico. Desde el punto de vista de su actividad, el sistema nervioso se clasifica en voluntario e involuntario.

- | | | |
|--------------|--------------------------------|----------------------|
| VOLUNTARIO | A. Sistema Nervioso Central | 1. Encéfalo |
| | | 2. Médula Espinal |
| | B. Sistema Nervioso Periférico | 1. Nervios Craneales |
| | | 2. Nervios Espinales |
| INVOLUNTARIO | 1. Sistema Nervioso Autónomo | |

El sistema voluntario (cerebro-espinal) está formado por el encéfalo, la médula espinal y los nervios craneales y espinales. Esta porción del sistema está relacionada con:

1. Conciencia y actividades mentales.
2. Las partes del encéfalo, médula espinal y fibras nerviosas sensitivas.
3. Recepción y transmisión de las sensaciones de las partes del organismo.

El sistema involuntario (Autónomo) está relacionado con

control de todos los tejidos del organismo, necesarios para la vida. Se dividen en dos sistemas:

- A. Sistema Simpático o Adrenérgico.
- B. Sistema Parasimpático o Colinérgico.

Ambos sistemas se diferencian anatómicamente en que: el simpático, sus fibras preganglionares son cortas, y el Parasimpático largas.

Ambos sistemas tiene vías aferentes y eferentes: las fibras Aferentes se encuentran como receptoras en todas las vísceras, cuya excitabilidad es distinta de la que gozan los nervios de la vida de relación; normalmente sólo proporciona al cortex una discreta sensación de bienestar que se denomina CE ESTESIA, o sentido de existir.

Cuando estas fibras aferentes son patológicamente excitadas, surgen las hipercenestesis desagradables, violentos dolores que dan cuenta de la positiva excitabilidad del sistema autó mo.

Las fibras eferentes motoras o sensitivas, o sencillamente reguladoras, son mejor conocidas que las fibras Aferentes; se distinguen aquí tres centros: centros vegetativos simpáticos, centros vegetativos parasimpáticos y centros vegetativos reguladores del hipotálamo.

IV. RESUMEN QUIMICO Y FARMACOLOGICO DE LAS FENOTIAZINAS

Los datos expuestos a continuación son sacados de modernas obras de texto y experiencias de Psiquiatras en Europa y Estados Unidos.

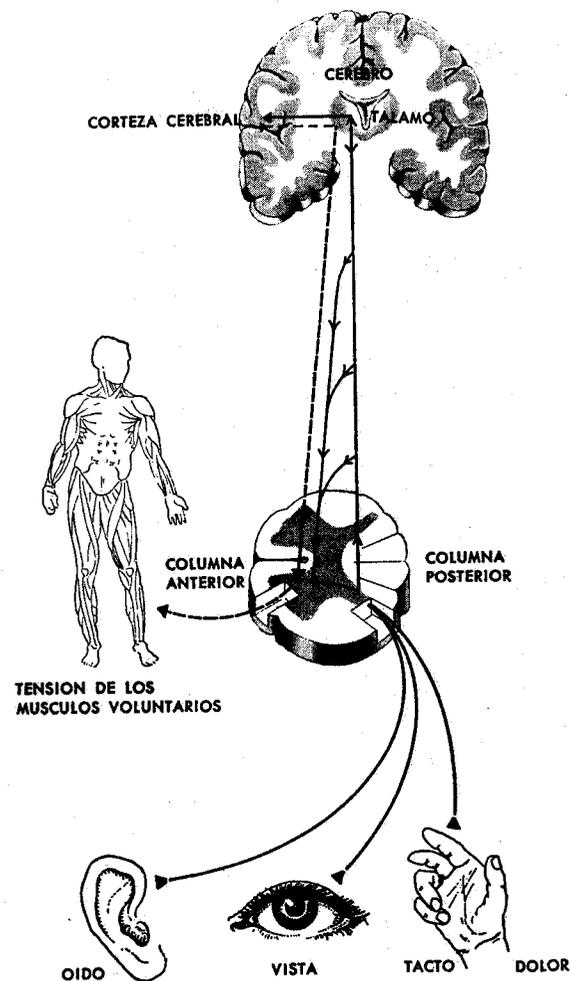
La fenotiazina o tiodifenilamina es un polvo amarillento insoluble en agua, que se ha empleado como insecticida y antihelmíntico, con resultados dudosos. Ejerce acción tóxica sobre la médula ósea; ciertos colorantes derivados de la fenotiazina han sido empleados como quimioterápicos, entre los cuales está el azul de metileno.

Los franceses y luego los alemanes, al hacer nuevas investigaciones sobre las fenotiazinas, encontraron que sus derivados tenían un efecto ataráxico cuya acción obedece a las siguientes actividades:

1. Actividad depresora central al nivel cortical.
2. Actividad adrenolítica, por acción directa sobre el diencéfalo.
3. Inhibición de impulsos nerviosos en la unión mioneural, así como acción directa en el músculo.
4. Inhibición del mecanismo o sistema de activación ("Arousal mechanism") en la sustancia reticular.
5. Antagonismo de la serotonina.

Tal parece que estos derivados bloquean los impulsos nerviosos al nivel cortical y subcortical y en la médula; a esto precisamente se deben sus efectos hipotensores. Recientemente se ha dicho que causan la desaparición de las serotoninas del cerebro. Dicha serotoninas se encuentran en gran cantidad en los psicópatas, y por el antagonismo sobre la serotonina que se cree que se produce el efecto ataráxico.

Para hacer más fácil su comprensión presento unos cuadros ilustrativos, respecto a tres clases de reacciones de origen emocional.



Reacciones musculares de origen emocional

Este esquema muestra el modo como los músculos reaccionan ante las emociones. Pueden ser estimulados por impresiones sensorias percibidas en el oído, la vista o el tacto. Estos estímulos suben por la medula espinal, en la cual una cadena de interneuronas de varia complejidad puede formar un puente de arco reflejo con neuronas motoras o reflectoras que responden en el acto a la acción muscular. O bien, las impresiones sensorias pueden ser guiadas por el cerebro antes de convertirse en tensión muscular, en cuyo caso pasan al talamo para ser correlacionadas y de él a la corteza cerebral para su cotejo por la memoria (corteza temporal) e interpretación (zonas prefrontales y corticales). Nacidas así, las emociones pueden luego hallar expresión muscular, mediante un circuito de retorno formado por nervios motores.

- b) Endovenosamente produce sueño en 5 a 10 minutos.
- c) Acción antihistamínica.
- d) No produce depresión y letargo.

Contraindicaciones:

- a) No se emplea en estados comatosos ocasionados por depresores del sistema nervioso central (barbitúricos, opiáceos, alcohol, etc.)
 - b) En arteriosclerosis cerebral.
 - c) Cardiopatía coronaria.
 - d) Estados de hipotensión arterial.
6. Clorhidrato de cloro-3 (Dimetilamino-3-propil)-10 Fenotiazina.

4560 R. P.

Megafen, Clorpromazina o Largactil.

Fino polvo blanco que funde a 180°, muy soluble en agua y cloroformo e insoluble en éter y benceno, y que está dotado de curiosas propiedades farmacoterápicas. Es gangliopléxico, tanto para el sistema parasimpático como simpático, espasmolítico, hipnótico, sedante y anticonvulsivante, por lo que es considerado como gangliopléxico generalizado o más bien, como narcobiótico. Es uno de los productos más usados para la anestesia potencializada y la hibernación artificial, ya ensayados como el Fenérgán y Diparcol. Se emplea también para provocar la hipotensión regulada, en las quemaduras, eclampsia, manías, melancolias y otros síndromes psicóticos, neuralgias, epilepsias, vómitos y dermatosis pruriginosas. Las dosis varían entre 25 y 50 miligramos por vía oral o intramuscular; también vía intravenosa pero muy diluido. En resumen, las propiedades del Largactil son:

- a) Propiedades hipnóticas y sedativas.
- b) Acción anticonvulsivante.
- c) Hipotermizante y antipirético.
- d) Potente actividad anti-emética.
- e) Acción inhibidora de la termogenesis.
- f) Potencializa las drogas con tropismo nervioso central,

tales como: anestésicos generales, analgésicos e hipnóticos.

Puede provocar:

- a) Baja de la tensión arterial, vértigos y hasta lipotimia en raros casos.
- b) Taquicardia.
- c) Sequedad de la boca y sensación de pesadez cefálica.
- d) Fenómenos de sensibilización (erupciones, urticaria, etc)

N-metil piperidil- (3) -metil Fenotiazina.

W 1224-1

Pacatal

Polvo cristalino, blanco o ligeramente blanquesino, presentándose a veces en forma de escamas brillantes. Inodoro, soluble en el agua, en forma de acetato poco soluble en forma de clorhidrato.

Accidentes o reacciones que puede presentar:

- a) Depresión del sistema nervioso central.
- b) Convulsiones de corta duración.
- c) Ligera hipotensión arterial.
- d) Sequedad de la boca.
- e) Dificultad para la acomodación visual.
- f) Mareos, náuseas, pérdida del apetito.
- g) Estreñimiento, diarrea, adinamia.

Las principales propiedades son:

- a) En Psiquiatría:
 - Atarásica (tranquilizadora): efecto sedante sin producir casi nada de hipnosis, aliviando sintomáticamente los trastornos emocionales y mentales caracterizados por ansiedad, inquietud y excitación.
 - Anticonvulsivante débil.
- b) Potencialización de los sedantes y anestésicos.
- c) Acción analgésica.
- d) Acción anestésica local similar a la procaína.
- e) Efectos antiespasmódicos, antihistamínicos y anticolinérgicos.

8. Etilona-3-(dimetilamino-3-propil)-10-Fenotiazina.
Plegisil.

Es el producto más reciente de todas las fenotiazinas por lo cual hay muy poca referencia.

La dosis, es la mitad de la del N-metil-piperidil-(3)-metil fenotiazina, sin reportes depresivos. La escasa información sobre su uso, da similares resultados al N-metil-piperidil-(3)-metil fenotiazina y largactil.

Por esta causa la usamos con mucha precaución.

En la actualidad se encuentran a la disposición, ocho productos derivados de la fenotiazina con propiedades similares.

Como hice notar al principio de este capítulo, los datos no son experiencias nuestras, sino reportes o comentarios médicos y libros recientes; nuestra experiencia se evidenciará en otro capítulo de esta tesis.

V. ORIENTACION PREVIA A LA
PRESENTACION DE CASOS.

Los medicamentos que coadyuvan en el tratamiento de las enfermedades psicósomáticas, son de gran utilidad. Los pacientes en tratamiento, necesitan pronto alivio, de su cuadro clínico y que los ayude a recobrar su seguridad y afrontar los problemas, este alivio se logra con las fenotiazinas.

El número de casos presentado aparentemente es pequeño, pero por las razones de poca cantidad del medicamento y especialmente porque se escogieron los casos más difíciles que ya habían sido tratados con otras drogas, justifican la estadística presentada.

En este trabajo no se ha tenido la intención de tratar las enfermedades en sí, sino que el fin del tratamiento va encaminado a los estados de agitación, ansiedad y agresividad que acompañan a las enfermedades psiquiátricas. Sin embargo como se verá más adelante, hubo resultados dramáticos a tal grado que se consideraron como curados.

En los primeros doce casos, el producto empleado fue N-metil-piperidil (3) metilfenotiazina (Pacatal).

En los casos 13, 14, 15 se usó Etilona-3-(dimetilamino-propil)-10-Fenotiazina (Plegisil).

En los casos 16, 17, 18 se usó: Clorhidrato de cloro-3-(dimetil-amino-3-propil)-10 Fenotiazina, (Clorpromazina o largactil). En estos últimos tres casos se hizo un control sólo de un mes por ser el producto más conocido que los anteriores, se ha usado desde hace más de dos años en el hospital neuropsiquiátrico de Guatemala, habiéndose conocido sus efectos con más exactitud. Sólo se toman tres ejemplos de observación como tipo con este medicamento con la intención de que sirvan de comparación con los otros productos fenotiazínicos.

VI. PRESENTACION DE LOS CASOS Y SUS RESULTADOS (*)

CASO No. 1

Nombre: M.H.N. Edad: 29 años.

Diagnóstico: Síndrome cerebral crónico asociado con trastorno convulsivos.

HISTORIA:

Desde niña con ataques de pequeño mal que se curaron poder establecer la forma de curación. Desde hace seis años encuentra en esas condiciones.

Persiste agresividad y agitación, teniendo días que mueve y le pega a las personas que tiene cerca.

Se calma bajo tratamiento de electronarcosis asociado a medicamentos.

Ha tenido una semana de estar calmada.

EVOLUCION

Se le principió a dar la Fenotiazina 50 mgr. Típicamente vía oral el 20 de Agosto del 57. en tabletas.

Al día siguiente continuó calmada pero decía que no sentía ningún alivio.

Los días siguientes continuó calmada pero se negaba a tomar las tabletas refiriendo sequedad de la boca y náuseas.

(*) Los diagnósticos basados en la clasificación de los trastornos psiquiátricos adoptada por la AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; son los que se usan en el Hospital Neuropsiquiátrico de Guatemala.

los cuatro días del tratamiento se dió de nuevo inyectada M. porque se negaba por vía oral, aduciendo de nuevo sequedad de la boca.

El 28 de Agosto del 57, no se inyectó en la noche pues estaba dormida y pasó bien la noche.

Los siguientes días se inyectó por dos semanas más pero se suprimió para usarlo en otras enfermas.

El 9 de Septiembre del 57 se puso shock por agitación y ya se le pone N-metil piperidil (3) Metil Fenotiazine.

Hasta la fecha 2 de Octubre del 57 ha estado muy calmada, volvió su carácter, se volvió trabajadora. Se le ordena alta.

RESULTADO:

Buena - no manifestó depresión durante el tratamiento.

CASO No. 2

Nombre: A.M.V. Edad: 27 años.

Diagnóstico: Síndrome cerebral crónico asociado a trastornos convulsivos.

HISTORIA:

Tiene 7 años sin presentar ataque nocturnos, sólo le dan ataques uno o dos de día.

Los últimos ataques que presentó fue hace una semana durante la noche en número de 2. Duerme bien con 10 cgr. luminal cada noche.

Una vez a la semana más o menos tiene crisis de agitación durante el día, buscando pelear y también ella misma se golpea la cabeza y cara por lo que se le pone shock que calma por unas horas pero luego sigue agitada.

EVOLUCION

19 de Agosto del 57 se le suprime todo medicamento anterior y se le da 50 mgr. Tid oral de la fenotiazina.

2 de Septiembre del 57 sigue calmada, sonriente, se irrita un poco cuando las demás enfermas la molestan pero no se agita.

Sus familiares al verla mejorada piden llevársela.

29 de Septiembre del 57. Sigue muy bien sólo el 2º día tuvo 2 amenazas de ataque. Los padres piden llevársela.

RESULTADO:

Buena, enferma sonriente, que quiere irse a su casa. No tuvo depresión durante el tratamiento.

CASO No. 3

Nombre: E. L. Edad: 27 años.

Diagnóstico: Síndrome cerebral crónico asociado a trastorno convulsivos.

HISTORIA:

Ataques epilépticos muy frecuentes desde la edad de 14 años.

Ingresa al servicio a los 19 años de edad tratándola con sedantes y anti epilépticos con lo cual los ataques los tiene cada unos o dos meses.

Desde que ingresó tiene crisis de agitación muy frecuentes, a veces con períodos que duran una semana calmándose dos o tres días. Tiene actualmente tres semanas de no tener ataques y primera semana de no agitarse pues la electroencefalografía muestra la calma por pocos días.

En la noche para dormir se le da 20 cgr. luminal oral.

tiene noches de no dormir, sin dejar dormir a los demás en los días.

EVOLUCION:

19 de Agosto del 57 se suprime todo medicamento y se le da la fenotiazina 50 mgr. Tid oral.

21 de Agosto del 57 no se ha notado mejoría, tiene gripe y vómitos desde ayer en la mañana, ha estado muy atarantada. Sigue muy bien.

22 de Agosto del 57 sin mejoría. Anoche tuvo dos ataques. Está agitada. Se le duplicará la dosis a 100 mgr. Tid oral.

31 de Agosto del 57 enferma calmada, aunque un poco agitada desde que se le aumentó la dosis, duerme bien. Hoy no tiene amenazas de ataque.

9 de Septiembre del 57 sigue calmada. Anoche tuvo dos amenazas de ataque.

11 de Septiembre del 57 sigue calmada aunque con muchas amenazas por lo que se le complementa con 10 cgr. luminal oral.

14 de Septiembre del 57. Sigue calmada y sus familiares al verla tranquila piden llevársela dándosele alta con 30 mg de la fenotiazina de 50 mgr. cada una para tomar una dosis de cada comida.

RESULTADO:

Buena. Se ha calmado, por lo que se le dió alta, tuvo sequedad de la boca y algunos días con atarantamiento pasagero y leve.

CASO No. 4

Nombre: A-R

Edad: 26 años.

Diagnóstico: Síndrome cerebral crónico asociado a trastornos convulsivos.

HISTORIA:

Varios años de tener ataques epilépticos muy espaciados en número de 1 cada mes o dos meses.

Tiene un mes de producirse ataques diariamente hasta dos o tres. Duerme bien. A causa de los ataques queda desorientada y agitada, pero en los días de no tenerlos siempre se calma. Desde que ingresó ha estado con 0.20 gr. luminal i. m. diario teniendo poca mejoría.

EVOLUCION:

Se suprime luminal y queda con 50 mgr. de la fenotiazina oral tres veces al día.

20 de Agosto del 57 a las 24 horas de haberse principiado el tratamiento no se ha notado ningún cambio.

21 de Agosto del 57 un poco de sequedad en la boca, lo demás sigue igual.

27 de Agosto del 57 amaneció agitada y peleó con enferma, por lo que muestra arañes en la cara.

29 de Agosto del 57 desde ayer está calmada a pesar de haber tenido un ataque.

3 de Septiembre del 57, enferma está calmada mientras no se le provoca, pues si la molestan pega.

9 de Septiembre del 57. Calmada aunque presenta dedos infectados en el dorso de ambas manos, por lo que se

se da un antibiótico.

16 de Septiembre del 57. Sigue tranquila aunque hoy tuvo ataques con sangre por lo que se dará tratamiento a la mitad de dosis.

Se queja de mucha sequedad en la boca.

22 de Septiembre del 57. Su cuadro entérico ha mejorado, está calmada, siente seca la boca, refiere amenaza de ataques.

25 de Septiembre del 57. Ayer tuvo varios ataques más o menos 5 seguidos, hoy amaneció calmada, pero con cefalea.

27 de Septiembre del 57. Enferma se agitó mucho y le produjo una herida a otra enferma en la cara por lo que tuvo que cerrársele.

29 de Septiembre del 57. Enferma está tranquila.

7 de Octubre del 57. Se suprime tratamiento y a los tres días vuelve a agitarse.

RESULTADO:

Regular: por días se calmó y no tuvo ataques, pero siempre que se agitaba era agresiva y pegaba. Se ignora si el cuadro entérico fue a causa del medicamento pues no se investigó.

CASO No. 5

Nombre: C. Z.

Edad: 25 años.

Diagnóstico: Reacción Psiconeurótica: Tipo (forma) Paranoide.

Condición antes del tratamiento: enferma que diariamente estaba en constante agitación sin ser agresiva; se mantenía hablando incoherencias, por las noches para dormir se le daba valproato sódico, pero a veces se le duplicaba o se le triplicaba la dosis. Tenía días (1 ó 2 al mes) que era mucha la agitación que

se le tenía que poner electroshock que la calmaba por 4 ó 5 días únicamente.

2 de Enero del 58. Al principiar a darle la fenotiazina se suprimieron los demás tratamientos. La dosis que se usó fue de 50 Mgr. dos veces al día I.M.

30 de Enero del 58. El resultado fue regular, pues calmó completamente, pero tenía noches que no dormía por lo cual se tuvo que principiar a complementarle con otros sedantes.

CASO No. 6

Nombre: A.M.V. Edad: 30 años.
Diagnóstico: Reacción psiconeurótica. Tipo (forma) Simple.

La condición antes del tratamiento era igual a la del caso No. 5 con la diferencia que tuvo días de ser muy agresiva. Se le aplicaba electroshock más frecuentemente (1 ó 2 por semana) y la dosis del sedante era alta.

2 de Enero del 58. El día del tratamiento con la Fenotiazina se le puso primero el electroshock pues era imposible ponerle la inyección del nuevo medicamento. Se usó en la misma forma el medicamento que en el Caso No. 9.

30 de Enero del 58. Los resultados fueron mejores que el anterior pues en las noches dormía bien sin ningún otro medicamento.

CASO No. 7

Nombre: S. R. Edad: 35 años.
Diagnóstico: Reacción esquizofrénica. Tipo (forma) Simple.

Condición antes del tratamiento igual que el Caso

usó la fenotiazina en la misma forma, y los resultados fueron también idénticos.

No presentó reacciones secundarias.

CASO No. 8

Nombre: C. L. A. Edad: 25 años.
Diagnóstico: Reacción psiconeurótica. Tipo (forma) Simple.

Condición antes del tratamiento: agitada y hablando incoherencias.

2 de Enero del 58. Se administró la fenotiazina igual que en el caso No. 5.

30 de Enero del 58. Resultados: fueron regulares pues en los días que la enferma no se calmaba al aplicar el medicamento por lo que tenía que duplicarse la dosis, para poder calmarla.

CASO No. 9

Nombre: F. M. L. Edad: 37 años.
Diagnóstico: Oligofrenia. (Deficiencia mental)

HISTORIA:

Enferma que se mantiene muy agresiva peleando a diario con las enfermas. Tiene varios años de estar hospitalizada. En épocas cortas de días no es agresiva pero no completamente calmada.

Se le administra luminal oral y electronarcosis mejorán y calmándola sólo por horas.

Se le suprimirá todo para darle el medicamento 50 Mgr. oral.

EVOLUCION:

21 de Agosto del 57, con el primer día de tratamiento es

tuvo muy mejorada y calmada, al administrársele la tercera dosis del día ya estaba dormida por lo que tuvo que despertarse. Antes sólo dormía administrándole cloral.

26 de Agosto del 57. Sigue muy calmada, pero se niega al tratamiento porque las tabletas le producen dolor abdominal teniendo asientos desde hace tres días.

29 de Agosto del 57. Sigue calmada aunque se le da la fuerza el tratamiento por lo que se suprime el tratamiento y se hace i. m. a la misma dosis.

8 de Septiembre del 57. Calmada, pero hoy no quiere darse inyectar y opone mucha resistencia y se agita por lo que no se le forza.

9 de Septiembre del 57. Está agitada y como no se da inyectar se le pone electronarcosis mañana y después N-metil-piperidil-(3)-metilfenotiazine.

12 de Septiembre del 57 a pesar del tratamiento sigue agitada por lo que se le duplicará la dosis.

17 de Septiembre del 57. Enferma se ha calmado, pero tiene gran depresión y sin apetito, por lo que se le disminuye la dosis a la mitad.

21 de Septiembre del 57. Sigue deprimida se le suprime N-metil-piperidil-(3) metilfenotiazine.

23 de Septiembre del 57. Ha mejorado su depresión un poco aunque no desea tomar alimentos.

25 de Septiembre del 57. Enferma mejor, le ha pasado la depresión, toma alimentos está un poco calmada.

RESULTADO:

Regular, los primeros días tuvo efecto, pero después

produjo gran postración y después quedó poco calmada.

La enferma refirió dolor abdominal y se comprobó que tenía un estado disenteriforme.

CASO No. 10

Nombre: A. M. P.

Edad: 50 años.

Diagnóstico: Síndrome cerebral crónico asociado a trastornos convulsivos.

19 de Agosto del 57. Enferma con ataques epilépticos típicos gran mal en número de dos a tres por mes, sólo de día, tiene también amenazas que son más frecuentes. Se mantiene un poco calmada pero hablando incoherencias a cada momento aun sin presentar crisis de agitación.

Tiene noches de no dormir, por lo que se administra sedantes como cloral y luminal.

Se dará N-metil-piperidil-(3)-metilfenotiazine, vía oral 50 mgr. tres veces al día. Se suprime los demás medicamentos.

29 de Agosto del 57. Durante los primeros 10 días las tabletas le dan atarantamiento, pero duerme bien y se nota más calma aunque sigue hablando incoherencias.

6 de Septiembre del 57. Se niega a la administración oral del medicamento por lo que se dará por vía intramuscular 50 mgr. 2 veces al día.

30 de Septiembre del 57. Se opone a que se le inyecte y quiere volver a darle tabletas, pero también se niega.

Se ve que continúa hablando incoherencias y cuando se trata de administrar el medicamento se irrita y es difícil de tratar.

RESULTADO:

Malo. Continúa igual, lo que se ganaba calmándose un poco lo perdió después irritándose al tratar de darle el medicamento y que también le producía atarantamiento.

CASO No. 11

Nombre: A.M.V.

Edad: 30 años.

Diagnóstico: Reacción psiconeurótica. Tipo (forma) parano-

20 de Agosto del 57. Enferma muy agitada y agresiva con todas las personas. Habla incoherencias. En las noches se le tiene que administrar dos cucharadas de jarabe cloral para que se duerma, pero a veces pasa con insomnio y habla mucho.

Se principió a dar N-metil-piperidil(3)-metilfenotiazina 50 mgr. 3 veces al día, vía oral.

Mientras se da este medicamento se suprimen los síntomas.

28 de Agosto del 57. Durante la primera semana de tratamiento tuvo buenos resultados, durmiendo todas las noches con tranquilidad y durante el día estuvo sin agresividad y agitación.

El último día de dicha semana presentó un cuadro grave fuerte con anorexia y decaimiento muy notorio por lo que se suprime por días el producto.

12 de Septiembre del 57. Al principiar de nuevo el tratamiento la enferma presentaba y mostraba cierta oposición a tomarlo pero con un poco de insistencia hacía caso.

En la segunda semana ya era muy difícil la administración del medicamento. En el momento de tratar de ofrec-

ponía y era muy difícil habiendo tenido días de no tomarlo por lo cual debido a su irregularidad de tomar y porque se estaba poniendo deprimida se suprimió el medicamento quedando la siguiente semana con anorexia y depresión marcada que se hizo necesario administrar sueros glucosados y mixtos.

3 de Octubre del 57. A la semana de haber suprimido el medicamento y administrado los sueros, la enferma principió a agitarse y ser agresiva. Se trató de dar N-metil-(3)-metilfenotiazina pero es imposible por lo que se continuó con electroshock y otros tratamientos que le hacían efectos sólo por dos o cuatro horas y luego volvía agitarse.

RESULTADO:

Malo. Se deprimió mucho, anorexia y se negaba al tratamiento, pero se ve que otros medicamentos la calmaban sólo pocas horas.

CASO No. 12

Nombre: M.G.

Edad: 26 años.

Diagnóstico: Reacción esquizofrénica. Tipo (forma) Esquizoafectiva.

HISTORIA:

Tiene 3 años de haber ingresado, por agitada, agresiva y días y noches de insomnio.

Desde que ingresó ha sido tratada con otros sedantes y electroshock, calmándola por días únicamente.

En las noches se le pone a veces 40 cgr. de Luminal para poder dormir pero a pesar de ello no se duerme pasando la noche agitada y sin dejar dormir a nadie.

EVOLUCION

Se suprime todo medicamento y se da N-metil-piperidil(3) metilfenotiazine 50 mg. Tid oral.

21 de Agosto del 57. Con el primer día del tratamiento se calmó un poco y en la noche durmió bien desde las 7 p. m.

22 de Agosto del 57. Está muy agitada cantando y gritando por lo que al tratamiento oral se le agrega 50 mgr. I.M. diario.

23 de Agosto del 57. Sigue agitada y anoche no durmió nada.

24 de Agosto del 57. Se llamó al practicante de turno pues la enferma estaba muy agitada sin dejar dormir a nadie. Se le ordenó otra clase de sedantes que la dejó dormida.

25 de Agosto del 57. Enferma quedó con tratamiento quedando calmada pero muy deprimida, manifestando las enfermeras que desde el 23 de Agosto del 57 no ha tomado ningún alimento, por tal motivo se le ordena suero mixto 1 litro I. V.

27 de Agosto del 57. Se le ha suprimido el medicamento pero a pesar de ello sigue muy deprimida por lo que se le ordena otro suero con complejo B y tiamina.

28 de Agosto del 57. Se siente mejor sin el tratamiento, pero principia con el insomnio por lo que se le ordena el mismo sedante del día 24 de Agosto del 57.

29 de Agosto del 57. Amaneció sin depresión y muy dormida. Hoy no se le ordenará ningún tratamiento para ver resultado.

31 de Agosto del 57. Muy agitada, se repite el N-metil-piperidil(3) metilfenotiazine tres veces al día vía oral.

2 de Septiembre del 57. Enferma rebelde al tratamiento agitada, grita, canta, hablando incoherencias y coprolalia por lo que se duplica la fenotiazina y se asocia a un sedante en la noche.

10 de Septiembre del 57. A pesar de la asociación medicamentosa la enferma sigue agitada, por tal motivo se suprime el tratamiento y se pone electroshock.

16 de Septiembre del 57. Enferma siguió con electronarcolisis y otros sedantes pero continúa agitada sólo calmándose más o menos 2 a 3 horas.

RESULTADO

Malo. Enferma no mejoró en nada, sólo la deprimió y motivo que ponerle sueros por la anorexia y debilidad marcada.

CASO No. 13

Nombre: A. M. de L. Edad: 32 años.
Diagnóstico: Psicosis Reactiva.

HISTORIA

Tiene tres ingresos al hospital Neuropsiquiátrico por crisis de agitación y agresividad extrema pegándole a todos.

Se le ha tratado con luminal y electroshock, casi no duerme.

EVOLUCION

Se principia con una tableta de 25 mgr. de Etilona-3-(Dimetilamino-3-propil)-10-fenotiazina. A la hora del almuerzo

23 de Octubre del 57. A los tres días se dará la misma dosis del medicamento por vía i. v. pues las tabletas le dan náuseas.

28 de Octubre del 57. Enferma muy calmada y duerme

bien.

30 de Octubre del 57. Se continúa vía intramuscular pues la enferma se niega a tomar las tabletas, cuando se las frecen se esconde.

5 de Noviembre del 57. Decaída, sentimental, se niega a inyectar por lo que se le tienen que poner a la fuerza.

16 de Noviembre del 57. Ha continuado decaída y se le ha inyectado con dificultad. Con la inyección de hoy tuvo mareos y palidez generalizada durante 15 minutos.

12 de Diciembre del 57. Los últimos días no se le ha inyectado y está muy calmada.

27 de Enero del 58. Enferma casi siempre está calmada aunque más o menos una vez por semana se agita pero se calma con la fenotiazina i.v. que se le pone a la fuerza.

RESULTADO:

Bueno. Por vía oral produce náusea.

CASO No. 14

Nombre: M. E. H.

Edad: 84 años.

Diagnóstico: Síndrome cerebral crónico asociado con intoxicación alcohólica.

HISTORIA

Desde hace cinco años ha reingresado varias veces alcoholismo agudo. Los dos últimos reingresos ha quedado en psicosis post-alcohólica, agitándose, gritando, cantando, rando y pegándole a todos.

EVOLUCION

23 de Octubre del 57. Se suprime todo tratamiento anterior para darle fenotiazina una tableta de 25 mgr. a la hora

almuerzo.

29 de Octubre del 57. La ha calmado un poco. Refiere mucha náusea, hoy tuvo un desmayo.

8 de Noviembre del 57. Ha estado muy calmada, sin náuseas, pero se siente atarantada.

25 de Noviembre del 57. Calmada un poco pero se agita en el momento de darle el medicamento y sale corriendo tratando de esconderse, pero lo toma. Se le duplica la dosis repartida en dos tomas.

29 de Noviembre del 57. Calmada pero con náuseas.

30 de Noviembre del 57. Muy agitada no se le puede dar el medicamento.

10 de Diciembre del 57. Se le administra las medicinas irregularmente pero se mantiene calmada.

16 de Diciembre del 57. Por lo difícil del tratamiento se principia a inyectar intramuscular.

28 de Diciembre del 57. Está calmada pero también se pone a las inyecciones.

13 de Enero del 58. Se ha seguido inyectando a la fuerza.

RESULTADO

Regular. Casi siempre la calma por 7 u 8 horas, pero día que deja de administrársele el medicamento se agita.

Parece que sólo en los primeros días tuvo reacciones molestas como náuseas y desmayos.

CASO No. 15

Nombre: O.M.S.

Edad: 24 años

Diagnóstico: Psiconeurosis. Reacción obsesivo compulsiva.

HISTORIA

Es la paciente más rebelde, agitada y agresiva de todas las que se eligieron para los tratamientos. Para calmarla por pocas horas hay que asociarle electroshock y sedantes a dosis dobles que las de costumbre.

EVOLUCION

23 de Octubre del 57. Se da un comprimido de 25 mg a la hora del almuerzo durante una semana, pero al ver que no tiene mejoría se le inyecta i.v. 25 mgr. que la calma muy poco por 4-6 horas más o menos.

29 de Octubre del 57. Se le asocia por vía oral notándose el efecto con más potencia.

8 de Noviembre del 57. Ha estado muy agitada, no quiere que se le inyecte, sólo toma tabletas.

15 de Noviembre del 57. Se duplica a 2 comprimidos diarios de 25 mgr. cada uno pero por su estado de intensa agitación y agresividad se le pone electroshock.

30 de Noviembre del 57. No toma tabletas pero por agitación se le pone otro electroshock y luego el medicamento intramuscular 25 mgr.

15 de Diciembre del 57. Ha continuado agitada, agresiva y hablando incoherencias por lo que se le ha tenido que poner más o menos una aplicación de electroshock cada dos días y a diario la fenotiazina i.m.

3 de Enero del 58. Enferma se ha calmado por 6

horas más o menos después de cada inyección, pero al pasarle el efecto se agita. Se trata de ponerle dos dosis en el día pero es imposible.

28 de Enero del 58. Sigue igual

RESULTADO

Regulares. Se nota que el medicamento no causa depresión, tiene acción duradera de 6 horas pero un poco débil a pesar de que en algunas inyecciones se duplicó y hasta triplicó la dosis.

CASO No. 16

Nombre: V. S.

Edad: 26 años.

Diagnóstico: Reacción esquizofrénica. Tipo (forma) Simple.

Condición antes del tratamiento: enferma muy agitada que se calma por horas al usar electroshock y barbitúricos. En las noches se duerme sólo al darle hidrato de cloral y a veces asociado a luminal.

Desde que se le da la fenotiazina 25 miligramos i.m. los veces al día se ha calmado completamente pero manteniéndose en un constante estado de somnolencia por término de 3 a 4 horas pero luego volvía a su estado anterior aunque con menos intensidad. En la noche para dormir era necesario darle otra cantidad de sedantes aunque en dosis mucho menores o sino se repetía otra dosis de la fenotiazina. Como prueba y control se le dio en algunas ocasiones dosis doble dos veces al día notándose que dormía completamente tranquila de noche y de día, no manifestada nada de agitación.

No dio ninguna otra manifestación desagradable durante el tratamiento.

La presión arterial bajó de $\frac{120}{90}$ que tenía a $\frac{110}{80}$

CASO No. 17

Nombre: C. R. Edad: 36 años.

Diagnóstico: Síndrome cerebral crónico asociado con trastornos convulsivos.

Condición antes del tratamiento: enferma en constante estado de ansiedad, siempre pendiente de crisis convulsivas que le venían 1 ó 2 veces diarias y amenazas muy frecuentes, carácter irritable, fácilmente se agitaba con el más mínimo estímulo. En las noches se le tenía que administrar luminal 10 a 20 cgr. que a veces se hacía necesario repetir en la mañana que lo tenía en estado somnoliento.

26 de Noviembre del 57. Se suprime todo tratamiento para administrarle la fenotiazina 25 miligramos intramusculares dos veces al día. Desde que se inicia el tratamiento se nota mejoría calmándose el paciente. No se presentó ninguna reacción tóxica.

La frecuencia de los ataques no cambió. No bajó la presión arterial.

CASO No. 18

Nombre: C.C.M. Edad: 20 años.

Diagnóstico: Reacción psiconeurótica. Tipo ansiosa.

Condición antes del tratamiento: Paciente que sólo puede calmar con electroshock, luminal y cloral. De noche habla mucho por lo que a veces se le tiene que duplicar dosis los medicamentos.

26 de Noviembre del 57. Se suprime todo tratamiento y se le da Largactil 25 miligramos intramuscular dos veces al día. Desde que se instituye el tratamiento se calma completamente refiriendo atarantamientos ligeros en las dos horas guiadas de la inyección. Se nota gran mejoría en la enferma

presentar somnolencia. Se controla la presión y ha bajado de 135 a 115 que tiene actualmente.
90 85

VII. COMENTARIOS Y CUADROS COMPARATIVOS DE LAS FENOTIAZINAS CON OTROS ATARAXICOS

Como se puede apreciar, los resultados que hemos obtenido tiene mucha relación con los datos de la literatura, es decir que se han confirmado. Hay también resultados que no se confirman.

El estudio experimental que hemos hecho, nos puede servir de pauta o guía para ver que dichos productos casi se podrían usar indiferentemente en los enfermos psiquiátricos. Para una mayor exactitud no vamos a hacerlo así, sino que tomaremos una actitud de generalizar, con el objeto de hacer el tratamiento mejor y más científico, pues viendo la condición del enfermo y conociendo las cualidades de cada fenotiazina, obtenidas por nuestra experiencia de los años 1957-58, no los usaremos indiferentemente. Para mayor claridad y comprensión de lo antes expuesto, haré a continuación dos tablas comparativas entre tres fenotiazínicos usados comparados con otros atarácicos. También haré una contestación a una pregunta que se desprende de lo expuesto: A cuál de los fenotiazínicos se le da la preferencia en un enfermo mental? La respuesta está comprendida en tres ejemplos que siguen:

Ejemplo No. 1

Tenemos a un enfermo bajo nuestro control en un centro hospitalario con diagnóstico de Psiconeurosis. El paciente está agitado, con hipotensión arterial, y atarantamientos frecuentes. Dicho enfermo se ha visto que es irregularmente susceptible a otros tranquilizadores o sedantes y que con dosis usuales se calma pero se duerme bastante.

En este ejemplo usaría N-metil-piperidil (3)-metilfenotiazina, pues no se le ve ningún inconveniente al paciente en su uso y que produce muy poco sueño.

No preferiría el Etilona-3-(dimetilamino-3-propil)-10-fenotiazina, por su efecto tranquilizador poco inmediato y débil.

Tampoco preferiría la Cloropromazina porque produce mucho sueño e hipotensión.

Ejemplo No. 2

Llega un paciente a una clínica particular, con Psicosis alcohólica, somnoliento, con sequedad en la boca y mucha ansiedad. Por su estado de alcoholismo crónico refiere en la historia antecedentes de daños hepáticos con ictericia.

Los familiares sólo desean que se le haga tratamiento ambulatorio negándose a hospitalizarlo.

En este ejemplo usaría Etilona-3-(dimetilamino-3-propil)-10-Fenotiazina por su efecto prolongado y débil.

No preferiría N-metil-piperidil (3)-metil-fenotiazina por la sequedad de la boca y que produce su efecto tranquilizante muy potente y de duración corta que permitiría darlo con más frecuencia.

Tampoco preferiría la Cloropramazina porque produce mucho sueño, su efecto es muy potente y produce lesiones hepáticas.

Ejemplo No. 3

Paciente que lo llevan a una clínica particular porque tienen 24 horas de estar en constante agresividad y agitación: molesta mucho a los otros pacientes que están en la sala de espera. Tiene 24 horas de no tomar nada por boca.

En este caso uso el más potente y de acción más rápida sea la Cloropromazina como medida de emergencia.

No preferiría el Etilona-3-(Dimetilamino-3-Propil)-10-

Fenotiazina por su débil efecto tranquilizador y poca acción inmediata.

Tampoco preferiría el N-metil-piperidil (3)-metilfenotiazina, por su efecto un poco menos potente y de acción también menos inmediata que la Clorpromazina.

PROPIEDADES	COLORO PRO-MAZINA	N-Metil-piperidil (3) metil fenotiazina	Etilona 3 (Dimetilamino-3 propil) 10 Fenotiazina.
Dosis Usual	25-50 Mgrs	50-250 Mgrs	100-500 Mgrs
Duración del efecto tranquilizador	3-4 horas	4-5 horas	6-8 horas
Efecto inmediato	++++ 5-10 min.	++ 10-20 min.	++ 10-20 min.
Intensidad del efecto tranquilizador	++++	++	+
Producción del Sueño	+++	+	+
Depresión	+	++	-
Hipotensión Arterial	++	-	-
Sequedad de la boca	+	++ oral + hipod.	-
Nauseas	+	+	+
Lesiones hepáticas	++	?	?
Convulsivo	+	+	?
Apetencia	+	+	-
Taquicardia	+	-	-
Exantema	+	+	+
Leucocitosis	-	+	+
Disminución de Sensibilidad (erupciones, urticaria)	+	-	-

COMPUESTO	ACCION CENTRAL GENERAL		EFECTO SOBRE FUNCIONES CENTRALES ESPECIALES				COMPORTAMIENTO BAJO EL EFECTO MEDICAMENTOSO		POTENCIALIZAN EL EFECTO DE	SITIO DE ACCION EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	EFECTO SISTEMICO GENERAL
			Anal-gésico	Ante-mético	Vértigos	Presión Arterial	Agresividad	Reflejos condicionados			
Bromuros	Somnolencia	Moderadas Dosis	NO	NO	NO	Normal	?	Normalización	Universal	?	
Alifáticos como Alcohol etílico	Anestesia	Igual	NO	NO	NO	Normal	Variable	Normalización	Universal? Cortex ?	?	
Barbitúricos	Anestesia	Igual	NO	NO	NO	Normal	Variable	Normalización	Cortex Cerebro medio	?	
Meperidine	Pareálisis	?	NO	NO	NO	Normal	Normal	NO	Médula Espinal	?	
Meprbamato	Anestesia	Igual	NO	NO	NO	Normal	Baja	Inhibición	Médula Espinal Diencéfalo	?	
Benactisine	Convulsiones	Disminuida o aumentada	NO	NO	NO	Normal	Normal	Normalización	Alto en el tálamo	Anticolinérgico	
Morfina Petidina Metadón	Somnolencia	?	Un poco	Nada o poco	NO	Normal	Normal	Poca Normalización	Percepción diencéfala del dolor	Sólo Lapotidina es anticolinérgico.	
Cicpropromazina	Somnolencia	Disminuida	NO	Un poco	Un poco	Baja	Baja	Poca Inhibición	Bajo tálamo e hipotálamo	Antidrenérgico Gangliopléxico Baja metabolismo	
Plegitil	?	Disminuida	?	Un poco	Un poco	Normal	Baja	?	Bajo en tálamo e hipotálamo	Gangliopléxico	
Pacatal	Somnolencia	Disminuida	?	Un poco	Un poco	Normal	Baja	?	Bajo en tálamo e hipotálamo	Antidrenérgico Gangliopléxico	
Reserpine	Somnolencia	Disminuida	NO	NO	NO	Baja	Baja	Baja o Normal	Bajo en tálamo e hipotálamo	?	

VIII. CONCLUSIONES

En este breve estudio comparativo de los Fenotiazínicos en Psiquiatría, podemos evidenciar que es mejor guiarnos por conclusiones nuestras y al mismo tiempo vemos la importantísima necesidad de que cualquier medicamento nuevo o desconocido que se nos presente, se le haga un estudio o análisis previo en nuestro medio para confirmar, comprobar o rechazar los datos que le acompañan.

Todos los pacientes psiquiátricos son susceptibles de presentar crisis de agitación y agresividad, necesiéndose un tranquilizador como tratamiento de urgencia.

Los derivados fenotiazínicos tienen muchas propiedades en común para ser usados en el campo de la Psiquiatría, para mejorar y calmar los estados de agitación o agresividad del enfermo.

Este tratamiento es nuevo en Guatemala y con prometedor resultados.

Los estudios hechos en Guatemala no pueden tomarse como concluyentes, a pesar de que en general fueron satisfactorias.

Es importante recalcar la necesidad del estudio de la Medicina Psico-somática para el médico general, porque todas las afecciones esencialmente orgánicas siempre se acompañan de manifestaciones psíquicas comprobando que todo individuo sano o enfermo es una unidad psico-somática indivisible para una aplicación más científica de los ataráxicos.

Este trabajo es el principio de una investigación que debe continuarse.

Alfonso Lemus Garza

Vo. Bo.

Dr. José A. Campo

Imprímase

Dr. Ernesto Alarcón
Decano

BIBLIOGRAFIA

1. A. Vallejo. Nájera. Tratado de Psiquiatría, Primera edición, Págs. 15 a 18 y 1,212.
2. E. Mira y López. Psiquiatría, cuarta edición tomo tercero, Pág. 298.
3. Enciclopedia Salvat de Ciencias Médicas: primera edición, Tomo II. Pág. 842.
4. Enciclopedia Salvat. de Ciencias Médicas, Primera Edición, Tomo III. Pág. 299.
5. Tesis doctorales: Dr. Armando Amaya. Dr. Gabino Cuyún.
6. Documentales terapéuticas: Glaxo, Warner-Chilcott y Wyeth.