

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CASUISTICA DE ENFERMEDADES MENTALES
EN EL HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO DE GUATEMALA
DURANTE EL TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE EL 1º. DE
ENERO DE 1968 A 31 DE DICIEMBRE DE 1968"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos

Por

FRANCISCO JOSE GRANADOS GIL

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1969.

DEDICO ESTA TESIS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

A:

Dr. Ramón de la Fuente
Dr. Julio Penados del Barrio
Dr. Humberto Montenegro
Dr. Rafaél Pivaral P.
Dr. Guillermo Forno A.
Dr. Enrique Morales Chinchilla
Dr. Alfonso Pérez Brán
Dr. José María Letona G.
Dr. Mario Roberto Gutierrez C.
Dr. Raúl Alcides Castillo R.
Dr. Marco A. Zenteno
Dr. Osmundo L. López Godoy
Dr. Rolando Del Pozo
Dr. Gerardo Girón Moreira

Escrítor: Pedro Pérez Valenzuela

Sr. Francisco José Valdés Basagoitia
Br. Juan Ignacio Herrera
Sr. Victor Hugo Granados
Lic. Clemencia Mijangos de Galicia
Sr. Carlos Enrique Nájera Martínez

INTRODUCCION

HONORABLES MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

Debido a la falta, indudablemente, de una base de enseñanza siquiátrica, de vital importancia para nuestra vida profesional, de la que adolecimos durante nuestro paso por las aulas de nuestra escuela -- tal vez por falta de organización en ese entonces en lo que respecta a planes de estudio, pues se le daba más importancia a otras asignaturas--, no despertó nuestro interés por el vasto mundo de la siquiatría, que juzgo, repito, de vital importancia en el ejercicio de nuestra profesión, si tomamos en cuenta que el paciente como ser humano está formado por alma y cuerpo, haciendo un todo, una unidad que se interrelaciona, y para poder tratarlo medicalmente debemos comprenderlo, saber el porqué de cada una de sus reacciones en el momento oportuno y no pensar en él como un solo órgano afectado por una noxa en

particular, sino saber que cada paciente tiene una personalidad diferente y por ende un modo distinto de reaccionar ante la enfermedad que le aqueja en un momento determinado, y esta facultad creemos sólo puede adquirirse a través de un conocimiento aunque no fuere profundo de la psiquiatría, la cual nos enseña a poder distinguir y valorar los grandes problemas que afectan a la mente.

Es por eso que, movidos por el interés y la curiosidad científica, decidimos realizar una investigación en el Hospital Neuro-Psiquiátrico de Guatemala, efectuando una revisión de las papeletas comprendidas entre el 1º de Enero de 1968 al 31 de Diciembre de 1968 (547 en total) correspondientes a pacientes de primer ingreso en el hospital, en la sección de adultos de sexo masculino, extractando los datos generales de cada uno de ellos, resumen de la historia, síntomas principales y diagnóstico psiquiátrico.

Introducción...

Efectuamos entrevistas con médicos internos de dicho centro para ilustrarnos sobre el manejo de los pacientes, así como visitas por los distintos pabellones para darnos cuenta directamente de la forma en la cual se encuentran los enfermos, cambio de impresiones con algunos de ellos, cosa un tanto difícil, habiendo sido muy poco lo que pudimos obtener debido a su estado; se mostraron poco colaboradores, tal vez por que les eramos extraños. Sin embargo, a través de estas visitas pudimos formarnos una idea del mundo en el cual se desenvuelven este tipo de pacientes en nuestro medio, un medio totalmente distinto y diferente al que nosotros estamos acostumbrados a observar en el paciente hospitalario común de los centros en los cuales hicimos nuestras prácticas.

El paciente psiquiátrico, es un paciente singular e interesante; se nos antoja, al observarlo detenidamente, -- que vive en un mundo, su mundo, lleno de ideas, extrañas

tal vez para nosotros, pero que él cree ser la realidad, y al realizarlas lo hace en una forma espontánea y natural, sin inhibiciones, como si estuviera metido dentro de una burbuja que no le deja escaparse y darse cuenta de que la realidad es bien distinta. Tuvimos oportunidad de verlos pasearse por los patios del hospital, algunos meditabundos, ensimismados otros, cantando, hablando incoherencias, riendo solos, unos en actitud catatónica, con la mirada perdida en el vacío. Lejos muy lejos, quien sabe donde estarían sus pensamientos; sin embargo estaban allí presentes, frente a nosotros - alguien que les era completamente indiferente y que tal vez para algunos ni siquiera existía.

A la hora de la cena pasan formados unos, otros forman grupos en espera de la ansiada comida, que a nuestro juicio es sumamente deficiente en cali

dad, que ellos consumen ávidamente sin importarles su temperatura, sabor, sazón, etc.. Muchas veces, al verla, no pudimos disimular nuestra aversión y pensamos para nosotros "en realidad merecen estas personas comer esto?". Creemos sinceramente que no. Si la me dicina moderna en su concepto de contemplar al enfermo como un todo somático y psíquico, es decir un ser integral y por ende un ser humano, creemos que ellos deben gozar de condiciones de vida mejores, pués si en realidad son seres que están separados de la sociedad tempo ralmente algunos, otros en forma definitiva, todos ellos alguna vez formaron parte de ella y no se les debe marginar por esto ya que no es un delito el que su mente se encuentra desviada.

Queremos hacer notar que al revisar las papeletas - fueron muy pocos los datos que encontramos respecto a la historia a su ingreso, aportada por el paciente; algunas parecen que siguieron un patrón determinado ya que -

presentan los mismo datos, la misma forma de re-
acción, en cuanto a los síntomas casi no varian;
sin embargo, en lo que atañe al diagnóstico psie-
quiátrico, hubo diferencia entre ellos a pesar de -
que los pacientes presentaban sintomatología e --
historia similares por lo que nos fué difícil poder-
ajustarlos a la clasificación internacional de diag-
nósticos.

Hubimos de elaborar un número igual de tar-
jetas con todos los datos extractados de las pape-
letas para mayor facilidad de clasificación diagnóstica a la hora de hacer los cuadros estadísticos .

Antes de terminar queremos dejar constancia
de nuestro reconocimiento al Departamento de Esta-
dística del Hospital Neuro-Psiquiátrico de Guatemala, en especial al señor Luis Antonio Conledo Oli-
vetti, quién gentilmente y a pesar de su ocupado ,--
tiempo nos proporcionó cada una de las papeletas -

para nuestra revisión; así también al Dr. José Antonio -- González, quien amablemente nos guió a través de los - distintos pabellones del hospital en nuestras visitas de observación y revisión de algunas papeletas de pacientes que se encontraban hospitalizados. Al Dr. Guillermo Forno Aguirre y al Dr. Enrique Morales Chinchilla, asesor y revisor respectivamente, bajo cuya acertada dirección - pudimos llevar a feliz término el presente trabajo de tesis.

Para cada uno de ellos, nuestro profundo y sincero agradecimiento, y a vosotros, miembros del Honorable Tribunal - Examinador, presento las muestras de mi más alta consideración y respeto.

HE Dicho.

PLAN DE TESIS.

- I. Introducción
- II. Breve Historia de la Psiquiatría
- III. Que es la Enfermedad Mental
- IV. Conceptos Generales de Enfermedad Mental.
- V. Clasificación de las Enfermedades Menta-
les en cuanto a su diagnóstico.
- VI. Casuística de Enfermedad Mental Encontra-
da en la Sección de Hombres del Hospital
Neuro-Psiquiátrico de Guatemala en el ---
tiempo comprendido del 1º. de Enero de --
1968 a 31 de Diciembre de 1968.
- VII. Resumen
- VIII. Conclusiones y Recomendaciones
- IX. Bibliografía .

BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA.

A través de los tiempos, siempre ha existido cierto temor por la enfermedad mental, y se le han atribuido - causas sobrenaturales. Aún antes de Cristo los griegos ya trataban a sus enfermos de la mente con música, ejercicio, baños, drogas y poniéndolos en contacto con la naturaleza.

Hipocrátes fué el primero en promulgar la enfermedad mental como consecuencia de causas naturales e incluyó entre su clasificación, los síndromes, manía, melacolía y demencia; así durante 700 años A.C., los pacientes mentales fueron tratados con humanidad.

Con la desaparición del Imperio Romano y por ende la desintegración de la civilización clásica, 15 siglos de miedo sobrevinieron, sobre todo durante la inquisición cuando se perseguía y acusaba de brujos a algunos enfermos mentales.

Pero en 1772 en Francia, Félix Pinel inició el tra-

tamiento moral para el paciente demente, rompiendo las cadenas de estos en Bicetre. Más tarde igual sucedió en Inglaterra con William Tuke quién representó a los Quáqueros en la fundación del Retiro York.

En los Estados Unidos, en Filadelfia, Benjamín Rush protestó por las condiciones de mal trato dadas a los enfermos mentales en el Hospital de Pensilvania.

En el inicio del siglo 19, Jean-Etiene Esquirol, alumno de Pinel empleo la estadística en sus estudios clínicos. En Alemania Wilhelm Griesinger defendió el control de emociones y otros alemanes crearon la primera descripción moderna de las enfermedades mentales.

(Hecker-Hebefrenia; Kahlbaum-Catatonía y Ciclotomía. En América en años siguientes a 1824 numerosos hospitales estatales fueron desarrollados por hombres como Pling Earle, Isaac Ray, Luther Bell, Amariah Brigham, John Butler y Thomas Kirkbride quienes fueron grandes planificadores en administración y ---

construcción de los mismos. Samuel Woowar fué el primer presidente 1844 de la Asociación de Superintendencia Médica para el Demente que después tomó el nombre de Asociación Psiquiátrica Americana. En 1841 Dorothea Lynde Dix inició la cruzada para trasladar a los enfermos mentales de las celdas y asilos para hospitales psiquiátricos.

Paul Moebuis dividió las enfermedades mentales en exógenas. Emil Krapelin (1855-1926) estableció las bases para la presente clasificación clínica, usando conceptos que se originaron con Morel 1860, el mismo dictó las fórmulas generales para la demencia precoz y psicosis maníaco-depresiva, pues pensaba que el desarrollo de las enfermedades mentales era predeterminado y dando mucha importancia a las causantes físicas para estos desórdenes.

Ernesto Kretschmer relacionó las enfermedades maníaco depresivas y demencia precoz a tipos corporales, esfuerzo que representa un adelanto en la psiquiatría -

alemana. Luego Eugenio Bleuler (1857-1939), revisando el concepto de Kraepelin de la demencia precoz, introdujo el término Esquizofrenia en 1911; concibiendo esquizofrenia no como un deterioro mental progresivo, sino como un grupo de reacciones psicóticas caracterizadas en un disturbio básico de un proceso del pensamiento asociado, acompañado por irritabilidad emocional, indiferencia y síntomas autísticos. Paralelo al desarrollo de la psiquiatría descriptiva, siguiendo la pauta fijada por Franz Antón Mesmer (1734-1815) en Francia y después por James Braid (1795-1850) en Inglaterra. August Liebault e Hippolite Bernheim (la escuela de Nancy) renovó el interés por el uso de la hipnosis y el tratamiento por sugestión. Estos métodos se desarrollaron bajo la influencia de hombres como Emil Coué (la nueva escuela de Nancy), Jean Martin Charcot (es--

cuela de Salpatierre) y Josef Babinski. Fué en este tiempo cuando Pierre Janet alumno de Charcot estudió y definió la histeria, describió varios automatismos, ideas fijas y un síndrome caracterizado por obsesión, duda y fobias a las cuales llamo Psicastenia, e introdujo en 1829 el concepto de la disociación del subconsciente y la tensión psicológica.

Sigmund Freud (1856-1939) se inició con Charcot y Bernheim regresando a Viena para colaborar con Joseph Breuer en 1893 en la publicación de nuevo método de investigación para el tratamiento de la histeria. Con esta técnica se dejaban liberadas las ideas reprimidas y sus efectos asociados (catarsis), llevaron al progreso de las técnicas para la libre asociación, la interpretación de los sueños, la hipótesis del inconciente, estudios de las etapas del desarrollo psicosexual y estudios de la psicología de la vida diaria y los análisis de las reacciones de cambio.

Todo esto forma las bases históricas para la fisi terapia moderna de Carl Gustav Jung (1875-1961) de Zurich que antes dirigiera el movimiento psicoanalítico hizó grandes aportes al estudio de la asociación de palabras, procesos esquizofrénicos y tipos de persona lidad (introvertidos-extrovertidos), además se refirió en forma extensa a los aspectos psicológicos de los esfuerzos religiosos y culturales del hombre. (El inconciente colectivo).

Fué Alfred Adler, en apoyo de Freud, que después fundó su propia escuela el que promulgó las teorías de la agre sión (instinto de poder) produciendo síntomas neuróticos como resultado de una inferioridad orgánica. Sus fórmulas sencillas como sobrecompensación, protesta - masculina, complejo de inferioridad, dolor en la nuca, etc., tuvieron gran demanda popular. Otro colaborador de Freud, Otto Rank, decía que la causa de toda neurosis caía sobre las intenciones individuales para sobrepa sar el trauma del nacimiento. Su método "terapia de la

separación materna en un esfuerzo para fortalecer la vo luntad. Karl Abraham (1877-1925) un gran contribuyen te en la teoría analítica ayudó a desarrollar la relación de las etapas progenitales y la personalidad así como los desórdenes de carácter. Observó una semejanza en tre los pacientes neuróticos obsesivo compulsivos y ma níaco depresivos que están en remisión, y apartó la dinámica teoría de la depresión, señalando los sentimien tos conflictivos simultáneos básicos y aumento del ero tismo oral. Presentó su apoyo clínico a las interpreta ciones de Freud de las batallas internas con resultado en el deseo de castigo propio y comportamiento de pa cientes deprimidos.

Wilhelm Reich, publicó un trabajo titulado "En áná lisis de Carácter" (1933) presentando la terapia de de fensa de carácter "armadura" que la concibió como "acti tudes habituales y forma de comportamiento que disfraza ba los sentimientos internos y conflictivos básicos". Contribuyendo con la técnica analítica y señalando lo ne

cesario para trabajar con esta resistencia, temprana en el curso de la terapia.

Con su libro "El Ego y Mecanismo de Defensa" - (1946), Anna Freud más adelante sistematizó las formas para la adaptación psicológica en los conflictos internos.

Sander Ferenczi, contribuyó en el campo de las técnicas psicoanalíticas y psicopatológicas, defendiendo la terapia activa como forma de agrandar las emociones producidas durante la hora analítica, pero más tarde con énfasis en la personalidad analítica como instrumento de cura, recomendó una actitud de amistosa aceptación de parte del terapista.

Fueron estudiados y descritos estados disasociados de histeria por Morton Price quien empleó el método de la hipnosis. Más tarde el Decano de la Psiquiatría americana, Adolph Meyer (1866-1950), introdujo los amplios conceptos de la psicobiología (erassetología)

y encontró la atención de los psiquiatras sobre el contexto total de las bases sociales, emocionales y físicas de la personalidad, introduciendo el plan de vida y análisis distributivo.

Paul Schilder, neuropsiquiatra alemán y después alumno de Meyer, se le conoce por su fórmula de los conceptos de la "imagen corporal". Harry Staak Sullivan sostuvo que la personalidad se desarrolla en relación al patrón familiar de interacción y que la ansiedad es sobretodo, básicamente un aspecto de una relación más que de el de un individuo. Junto con Paul Federn, Frieda Fromm-Reichmann y otros, Sullivan promulgó el uso de la psicoterapia en el tratamiento de la psicosis. Sus conceptos de las relaciones interpersonales junto con las de Karen Horney, han dado una base para relacionar las ciencias sociales con la psiquiatría.

El estudio del desarrollo original de la personalidad

principió con las observaciones de A. Kussmaul del período neonatal (1859) y con el plano biográfico del infante (1877). Un plano del desarrollo del niño fué - el reporte presentado por Wilhelm Preyer en 1882 a-- cerca del crecimiento de su hijo sobre los primeros - cuatro años. El estudio de G. Stanley Hall, de la niñez y adolescencia (1893), medidas del desarrollo del del infante y pre-escolar fueron aceptados por el pro-grama standard de Arnold Gesell (1923) para clasificar el asilamiento básico de simples habilidades sensomo-ras y locomotoras.

Trabajos iniciales de Ivan Pavlov (1849-1936) de Rusia se concentraron en el concepto del reflejo condi-cional. Julius Wagner von Jauregg en Viena en 1818 i--nició el método de la terapia para la fiebre malaríá en el tratamiento de la paresis general. Manfred Sakel - en Viena 1937 introdujo el ~~com~~ insulínico como tera-pia para la esquizofrenia. Von Meduna (1935) populari-zó la terapia del Shock de Metrazol. En 1938 Ugo Cer-

letti y Bini en Italia fueron los primeros que descubrie--ron sistemáticamente el método del electroshock en el --tratamiento de los desórdenes mentales. Sin embargo, un caso de tratamiento electroconvulsivo fue publicado por -Bavinski en 1803 y la terapia electroestimulante había --principiado en el siglo XVIII.

Más tarde se modificaron las formas de terapia elec-trocerebral por P. Delmas-Marsolet, quien empleó conti-nuas estimulaciones y en los Estados Unidos por Friedman, Paul Wilcox y Vladimir Liberson, quienes emplearon corrien tes unidireccionales.

El tratamiento quirúrgico para los desórdenes mentales lo inició el hombre primitivo, trepanando cráneos para tra-tar a esos que estaban "poseídos".

El conocimiento del funcionamiento de los lóbulos fron-tales había sido recaudado más que nada de casos de acci-dentes destructivos como el caso reportado por Harlow (1868) En el Phineas Gage, un eficiente y capaz capataz ferrocarri-lero que se tornó profano, irreverente, caprichoso y obstina-

do después de serle destruidos los lóbulos frontales - en un accidente con una apisonadora a dinamita. Burk harot, un suizo seccionó porciones del hemisferio izquierdo en 1888 para aliviar alucinaciones vívidas. --

En 1935. C.F. Jacobsen de los Estados Unidos demostró que la frustración, ansiedad y agitación en Chimpances desaparecía después de una lobectomía y en el mismo año Egaz Moniz de Lisboa, convenció a Almeida Lima para efectuar las primeras lobotomías prefrontales en pacientes agitados y difíciles de manejar antes de efectuar otros tratamientos.

Walter Freeman y J. W. Watts. popularizaron en -- los Estados Unidos el método y en 1955, más de 25,000 pacientes habían sido tratados con esta método.

El descubrimiento de los efectos del Clorpromacina en el comportamiento por Courvoisier y asociados y el desarrollo de importantes estudios clínicos por Delay y

Deniker, iniciaron una nueva era en la psicofarmacología. Desde esa época hasta la fecha mucho se ha progresado en el vasto horizonte de la psiquiatría moderna.

QUE ES LA ENFERMEDAD MENTAL

Al referirnos a la enfermedad en general, queremos decir que algo anda mal en una persona, algo que hace que un órgano en particular o grupo de órganos del sistema trabajen en forma anormal.

Por ejemplo, en una indigestión es el estómago o los intestinos los que trabajan anormalmente, lo mismo sucede cuando se enferman los otros órganos de la economía.

En una enfermedad mental sucede lo mismo, sólo que la anormalidad está en la mente, emociones y comportamiento total. En este comportamiento el que hace a otros decir "no es normal", o "hay algo mal con el modo de actuar de ese individuo".

La anormalidad, o sea el no estar bien, suele presentarse de 3 maneras distintas:

Primer: los pensamientos, emociones y acciones de la persona son irreales, están basados en la imaginación,

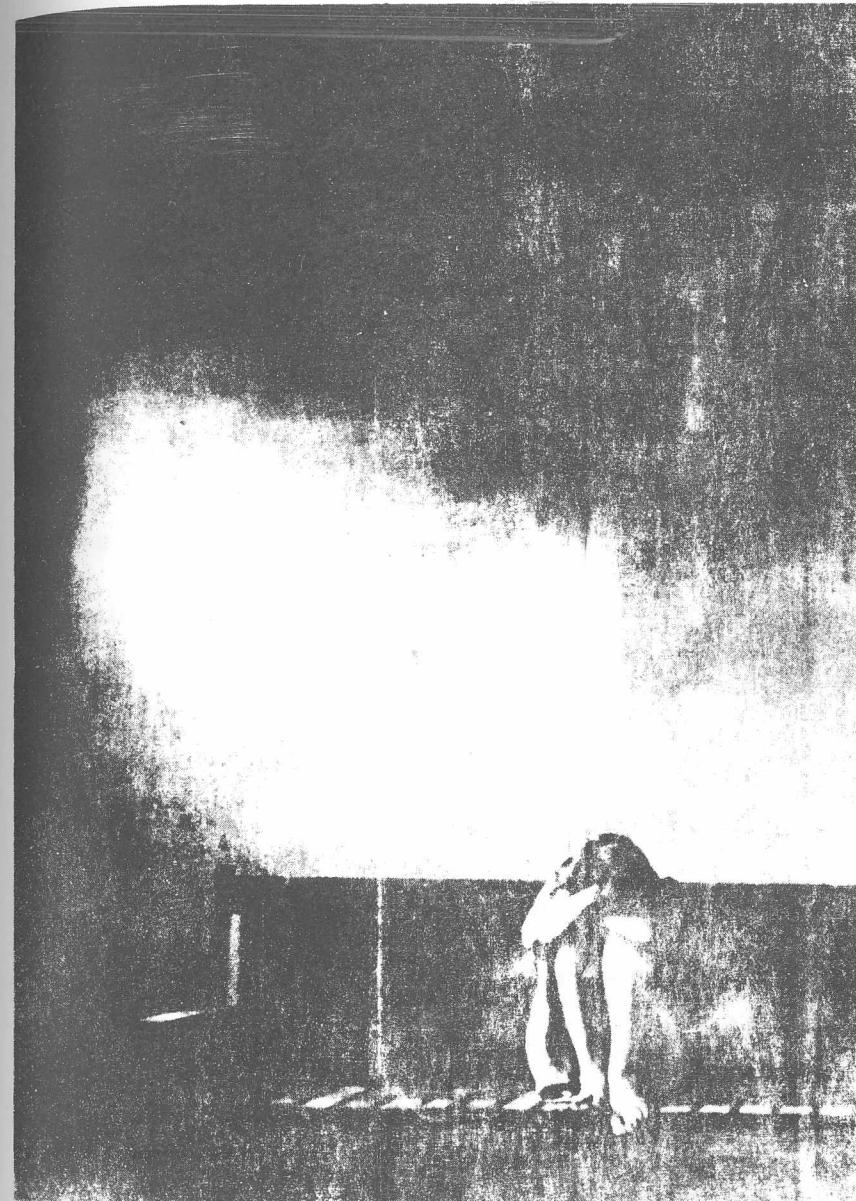


Fig. 11. Posición típicamente autista (fetal) en enferma esquizofrénica de raza blanca.
(Fotografía de Jerry Cooke)

Tomado del libro "La Mente Enferma"
de Emilio Mira y López.

no en la realidad.

Segundo: Son ilógicos, no tienen sentido.

Tercero: Son inapropiados a la situación, están fuera de línea en lo que sería normal y apropiado.

Así en la paranoia en la cual la persona imagina - que la gente lo "persigue" haciendo sospechosos a todos, e inclusive a sus parientes, tornándose antagonista hacia ellos, llegando a agredirlos en "defensa propia". Sus pensamientos, emociones y comportamientos, son irreales- basados en la imaginación.

Existen muchas y diferentes clases de enfermedades mentales como resultado de un sin número de causas. Actualmente es más acertado hablar de "la enfermedad mental" que de "enfermedad mental", aunque es más sencillo usar el término "enfermedad mental" teniendo en cuenta de que hablamos de una colección de diferentes desórdenes provenientes de muchas y diferentes causas y teniendo en común la característica de que son anormales.

Aunque para algunos según apunta el psiquiatra
Español Dr. Juan Antonio Vallejo Nágera en su libro -
"Introducción a la Psiquiatría", "Las enfermedades -
mentales no existen, son un mito, se trata solamen-
te de problemas de conducta o de adaptación social,
y su estudio no compete a la medicina, sino a la So-
cología, ya que las enfermedades mentales lo son d
del alma, pero el espíritu no puede enfermar, luego -
no existen". Para otros, todas las enfermedades men-
tales surgen de una anomalía orgánica, son enferme-
dades en el mismo sentido que las enfermedades so-
máticas.

Los términos "enfermedad mental" y "enfermo --
mental" son relativamente nuevos, surgieron cuando
la ciencia médica descubrió que las extrañas y anor-
males cosas que una persona enferma hace, no son -
más que los síntomas de una enfermedad determinada,
una enfermedad de la mente y las emociones.

Los síntomas observables mentales y emocionales
son solamente parte de la enfermedad - la parte externa.
Hay también anomalías en la maquinaria interna de la
mente y emociones - el sistema nervioso, glándulas, sis-
tema circulatorio y los procesos psíquicos, físicos y quí-
micos a través de los cuales estos sistemas trabajan.

La mente y emociones no existen fuera del cuerpo.

No podemos pensar, tener ideas, experimentar un --
sentimiento sin complicar y anticipar el cuerpo. Por ca-
da pensamiento que va a la mente hay procesos eléctri-
cos y químicos que van a través de miles de fibras ner-
viosas en el cerebro. Por cada sentimiento de felicidad,
tristeza, miedo o desacuerdo, hay toda clase de procesos
físicos y químicos desarrollándose en el cerebro en el sis-
tema autónomo nervioso, glándulas, corrientes sanguinea,
sistema respiratorio y digestivo. Pensamos y recordamos
no sólo con la mente sino que también con el cuerpo. Así
que cuando observamos algo mal en una persona (mental)

también sabemos que hay algo malo que sucede en el funcionamiento físico que acompaña al pensamiento - emociones.

Así pues el hecho de que el cuerpo y la mente están involucrados en la manifestación de una enfermedad mental, no necesariamente nos indica la causa -- de la enfermedad sino que solamente cuerpo y mente - están complicados.

CONCEPTO DE SALUD MENTAL:

En 1950, el Comité de Expertos de la Federación Mundial Pro-Salud, cambió el concepto que antes -- existía respecto a la salud mental que era: "La ausencia de perturbaciones psíquicas" sustituyéndolo por otro más concreto "Un estado de bienestar corporal - intelectual y moral, que permite a quien lo siente vivir activamente y enfrentar con eficiencia y serenidad las emergencias de la vida social". La Organización Mundial para la Salud Mental (adscrita a la Unesco), -

considera que una persona solamente goza de completa salud mental cuando reune las condiciones siguientes:

- 1.) Se autoestima y acepta en forma ecuánime - Es decir que juzga con objetividad sin desvalorizarse, de tal modo que su autojuicio coincide con el que de ella hacen sus semejantes más próximos. Reconoce sus errores y acepta sus éxitos en la justa medida.
- 2.) Se relaciona bien con sus semejantes - Es capaz de adoptar y mantener una actitud cortez y serena ante cualquier interlocutor sin distinción de sexo, edad cultura, raza, religión, posición económica, filosófica, política o estado social, interesándose así mismo por los problemas de la colectividad.
- 3.) Sabe enfrentar las demandas de la vida - Cuando se le presenta un obstáculo o un problema, sabe estudiarlo y tomar una decisión lógica. Acepta sus responsabilidades, - si no puede cambiar su ambiente, se adapta a él, sin por ello dejar de mantener sus propósitos en forma íntima, en

frente con serenidad sus frustraciones procura extraer
alguna lección de sus fracasos.

Aplicar este criterio en forma rigurosa, son una minoría las personas que lo satisfacen en forma completa y permanente.

Debido a esto, algunos especialistas afirman -- que es normal cierto desequilibrio mental y con base en ello han creado una subespecialidad llamada Ortopsiquiatría cuyo fin es evitar que tal desequilibrio - llegue a sobrepasar los límites compatibles con el concepto práctico de normalidad. Todo esto se ajusta al viejo refrán que reza "De músico, poeta y loco todos tenemos un poco".

LAS ENFERMEDADES MENTALES:

La ciencia ha avanzado bastante en lo que respecta a la enfermedad mental en general, pero aún tiene por delante gran trecho que recorrer en la identificación y clasificación de las diferentes y específicas enfermedades mentales -no necesariamente en una forma tan precisa como en el caso de enfermedades físicas.

Al hablar de psicosis y neurosis como dos de las principales enfermedades mentales, dentro de la gran rama de la neurosis se incluyen neurosis de ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva, fobias y bajo psicosis, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, psicosis involuntaria, psicosis orgánica y demás. Sin embargo ninguna de estas enfermedades es tan precisa en su identificación y sintomatología como lo sería una neumonía, tuberculosis, apendicitis o cualquier otra enfermedad física.

Comparándolas con las enfermedades físicas, diremos que las enfermedades infecciosas de los pulmones las han colocado bajo "desórdenes pulmonares infecciosos" y de

sórdenes pulmonares infecciosos" y después clasificado en neumonías, tuberculosis, bronquitis, etc.

PRINCIPAL CLASIFICACION DE ENFERMEDADES MENTALES:

Existen aún diferentes opiniones entre los psiquiatras para la clasificación de los desórdenes mentales pero para un mayor entendimiento los departamentos psiquiátricos de las escuelas médicas las han separado en un número de principales clases que son:

- 1.) Desórdenes Psiconeuróticos (neurosis)
- 2.) Desórdenes Psicóticos (psicosis)
- 3.) Desórdenes Psicofisiológicos (enfermedad psicosomática)
- 4.) Desórdenes de Personalidad.
- 5.) Desórdenes causas por daño cerebral que afecta la función del mismo (heridas en la cabeza, encefalitis, sífilis, alcoholismo crónico, pelagra).

LA NEUROSIS.

Todas las enfermedades mentales suelen manifestarse por disturbios del pensamiento, emociones y comportamiento, los cuales son irracionales, irreales e inapropiados a la situación.

En la Neurosis -comparada a otro gran número de disturbios conocidos como Psicosis- los disturbios son moderados más que extremos. Ocurren en períodos intermitentes no continuos. Meses, aún años, pueden transcurrir antes de que se manifieste ningún problema y después cuando surge una dificultad emocional o situación dolorosa, la neurosis aparece en forma aguda, durando hasta que el estímulo es aliviado o hasta que la personalidad encuentra alguna otra forma de reaccionar a la situación. Cuando esto sucede, los disturbios neuróticos, afectan a una personalidad que es en gran parte, sana y en buenas condiciones en general, haciendo que no trabaje de manera normal.

En su forma irrealista de pensar y de comportarse, la persona neurótica tuerce, distorsiona y dá significado erróneo a lo que ve y escucha; mal interpreta la realidad, pero no la acomoda como lo hace una persona psicótica con sus propios pensamientos imaginarios e ideas, haciendo de estos una realidad y sustituyendo así el mundo real que lo rodea.

Por el contrario, la persona neurótica generalmente sí se da cuenta de que algo no está bien, no así la persona psicótica ya que para este último la fantasía es realidad.

REACCION DE ANSIEDAD:

Podemos definir como ansiedad un sentimiento de miedo de que algo desagradable o dañino sucederá. En personas normales, bajo circunstancias normales, es una reacción normal; pero en la ansiedad neurótica no hay causa aparente para esta ansiedad, o si la hay, es pequeña y grandemente exagerada resultando inapropia-

da.

La ansiedad es comúnmente acompañada por un sentimiento de tensión, irritabilidad, intranquilidad y por una variedad de síntomas físicos tales como indigestión, dolor de cabeza, costipados, dificultad para tragar, dolores tensos en la espalda y cuello, fatiga crónica, pérdida de apetito, apetito excesivo, mareos, palpitaciones, dificultad sexual y otros.

REACCION DEPRESIVA:

La depresión es una forma leve de lo que nosotros conocemos como "sentirse acongojado". Es una reacción normal que acompaña un disgusto descorazonador, falla o pérdida. Es parte de la tristeza y melancolía que se experimenta con la partida o pérdida de un ser querido. Normalmente este sentimiento se olvida a medida que otros problemas surgen.

En una depresión neurótica, el sentimiento de congoja viene casi sin causa aparente, y si la hay es leve.

La reacción es completamente fuera de proporción. Acompañando la depresión casi siempre hay gran irritabilidad y sensible tendencia a sentirse el "blanco de todos".

Dolores de cabeza, fatiga, pérdida de apetito, constipados, insomnio, pérdida de peso acompañan frecuentemente a los estados depresivos.

REACCION FOBICA:

Reacciones fóbicas o fobias, son exagerados miedos y temores a un objeto o situación sin que exista una razón especial.

Una de las fobias encontradas comúnmente en la neurosis es la "agorafobia" a miedo a espacios abiertos. Las personas que sufren de este tipo de fobia temen dejar la casa y aventurarse por las calles sin compañía, pues piensan que sufrirán un ataque, desmayo o daño de alguna otra manera; el miedo suele ser vago o indefinido y tan grande como para tener a una perso-

na encerrada por años. Otra fobia común, es la "claustrofobia" o miedo a espacios cerrados, por ejemplo un cuarto, un elevador, auto, lugares subterráneos, ya que experimentan un sentimiento de pánico. Esta condición se alivia en parte si hay una puerta cercana por la cual la víctima puede escapar en un impulso de escapar repentinamente. La ansiedad de que se puede romper a llorar o desmayarse es también experiencia de claustrofobia.

Acrofobia, o miedo a lugares altos suele ser común. La persona experimenta miedo a saltar o caer. Otras fobias comunes son una reacción sin razón hacia diferentes animales tales como gatos, perros, pájaros o ratas.

REACCION OBSESIVO-COMPULSIVA:

Los métodos empleados por la mente para mantener pensamientos reprimidos de llegar al consciente, es ocupándose con pensamiento continuo obsesivo; un ritual compulsivo es presenciado el cual tiene que ser llevado

a cabo una y muchas veces más de modo fijo, mientras que el pensamiento obsesivo o actitud compulsiva está sujeto al punto de distraer, o aún al punto de interferir con el funcionamiento normal. Los esfuerzos conscientes para escapar del pensamiento o actitud no son útiles puestos que son operados por el mecanismo psicológico fuera de todo control consciente, de la misma manera que el bombeo del corazón o de la corriente de jugo gástrico operan independientemente del control consciente.

La actitud compulsiva puede asumir mil formas distintas, pudiendo consistir en golpear con una mano diferentes partes del cuerpo en un orden fijo, o arreglar una habitación o escritorio siguiendo un patrón fijo, - y alguna desviación en el arreglo o patrón son causa de ansiedad o pánico.

REACCION DE CONVERSION:

Existen algunos pacientes que visitan al médico u hospital con trastornos tales como una inexplicable sordera, ceguera, parálisis de un brazo o pierna, mudo, con pérdida de sensación en alguna parte de la piel.

Cuando después de diversas pruebas no se encuentra la causa orgánica, el diagnóstico seguido se vuelve hacia una reacción de conversión, un desorden psicológico.

En la reacción de conversión, denominada antes conversión histérica, como en otros síntomas neuróticos, una emoción o reprimida encuentra una salida indirecta. En la reacción de conversión, la "salida" es por medio de la incapacidad de una función motora.

Las funciones sensoras serían las del oído, vista, -- gusto, olfato o tacto. Las funciones motoras las de los brazos, piernas, cuerdas vocales y lengua, así como otros músculos que ordinariamente están bajo control voluntario.

El término "conversión" es aplicado al hecho de que

una emoción que es experimentada en la mente, puede convertirse en un síntoma físico. Otra clase de reacción de conversión, es la de un espasmo o torcedura - incontrolable que afecta los músculos de la cara o --- miembros.

También bajo reacción de conversión está el experimenter síntomas imaginarios hasta el punto de efectivamente sentir los dolores.

La reacción de conversión suele reconocerse generalmente por el hecho de que el paciente muestra una - innatural falta de interés por su incapacidad física.

REACCION DISOCIATIVO:

Otra forma de reaccionar en los neuróticos y que - sucede en conexión con episodios dolorosos agudos, es la reacción disociativa.

El término disociado significa que toda una sección de la vida mental y emocional se encuentra disociada -cortada- separada de el funcionamiento total

de la personalidad, algunas veces solamente bloqueada del subconsciente, otras veces en una existencia aparte de la corriente principal de la vida conciente. Las reacciones más conocidas por nosotros son - el sonambulismo y la amnesia.

En el sonambulismo o caminar dormido, la persona se levanta durante su sueño y camina, está mitad dormida, mitad caminando. Sus ojos se encuentran abiertos y está consciente y en contacto con su derredor, pero solamente como parte de su sueño, es decir está disociado - "separado", un estado de sueño domina la personalidad obscureciendo el conciente y relación que la persona -- que camina tiene por y para su derredor.

En la amnesia, la persona olvida quien es o de donde viene. Su íntima relación personal hacia su verdadero dedor está bloqueada -disociada- . Suelen reaccionar normalmente a la gente y hacia los eventos que hacen la vida diaria, pero no reconoce ni recuerda a las personas

y lugares que forman parte de su vida íntima y personal. Algunas veces la amnesia es parcial, bloqueando a una persona o evento individual por tiempo limitado.

En casos extremos, gran parte de la vida anterior del paciente está bloqueada.

LA PSICOSIS

Se da el nombre de **Psicosis** a un gran número de enfermedades mentales que se caracterizan por disturbios severos del pensamiento y emociones,

Dentro de este grupo hay un número de distintas enfermedades mentales, cada una de ellas con sus propios síntomas, patrón y curso de desarrollo.

Mientras que los disturbios del pensamiento, emociones y comportamiento son extremos en la psicosis, llegando a ser lo que llamaríamos descarrilamiento, debe ser comprendido que la naturaleza, extensión y duración del "descarrilamiento" varía de una enfermedad mental a otra y aún de una etapa a otra en la misma enfermedad.

Así, en las etapas avanzadas de ciertos tipos de esquizofrenia, por ejemplo, el descarrilamiento es tan completo que el paciente puede muy bien "estar viviendo en otro mundo" hora tras hora, día tras día, semana tras semana tras semana, año tras año, permanece en una posi-

ción, sin prestar atención, sin responder a lo que lo rodea, un poco más que un "vegetal humano". En otras clases de esquizofrenia avanzada, el paciente puede sentarse a hablar consigo mismo, o caminar hablando a visiones imaginarias y escuchando voces, haciendo extraños gestos con sus manos y cara, actuando como si viviera completamente dentro de sí mismo, sin darse cuenta de la realidad que lo rodea y permanecen así por días y meses.

Por otro lado, hay casos en los cuales el aspecto de la persona es normal, actua normalmente, sabe quién es y donde está y se duda que está verdaderamente psicótica hasta que se le compromete en una conversación y principia a exponer lúgubres pensamientos acerca de su otro yo o acerca de "los extraños rayos que emanan de la radio" y controlan sus pensamientos o de un "complot" para encarcelarlo.

En estos casos el disturbio no está regado sobre todo

dos los aspectos del funcionamiento, sino limitado a la cadena de pensamientos de ilusión (falsas ideas de si mismo y de las intenciones de otros), pero estas ideas son tan exénticas como para distorsionar su pensamiento e interferir en sus relaciones con otras personas.

ESQUIZOFRENIA:

La más común (en frecuencia de casos) de las psicosis es la enfermedad mental conocida como esquizofrenia. Esquizofrenia quiere decir quebrado, personalidad desintegrada, no personalidad dividida como suele llamarsele algunas veces.

TIPO SIMPLE:

La esquizofrenia tipo simple, se caracteriza por una persistente y continua pérdida de interés, atención y responsabilidad. La emoción clave parece ser la indiferencia.

La personalidad parece perderse y solo queda la

suficiente para hacer que la persona viva con una mínima responsabilidad hacia la vida y demás personas. Son raras las alucinaciones e ilusiones, las aberraciones sociales son comunes (vagancia, prostitución, delincuencia). Hospitalizado este tipo de paciente continua manteniendo un limitado contacto impresivo e infectivo con su derredor.

TIPO HEBEFRENICO:

Este tipo se caracteriza por una risa tonta, incongruente e inapropiada, ligeras alucinaciones e ideas ilusorias (más que síntomas completos). Los pensamientos e ideas son fragmentados. La conversación suele ser desconectada, incoherente e ilógica.

Los hábitos personales de orden, limpieza y sanitarios degeneran. Gestos, excentrisidades y posturas suelen estar presentes.

La separación de la realidad es casi completa y

el deterioro de la personalidad muy avanzado.

TIPO CATATONICO:

Los síntomas característicos de este tipo de esquizofrenia están relacionados con la moción. Existen 2 fases de estupor catatónico, con poca o ninguna movilidad, y la otra fase de exitación catatónica, excesivo e incontrolable movimiento y actividad.

El paciente puede permanecer en una fase por largos períodos de tiempo o pasar de una a otra rápidamente.

En el estupor catatónico, el paciente permanece mudo, en estupor y en una misma posición por largos períodos de tiempo. Su expresión adquiere la rigidez de una máscara y su cuerpo se meja una estatua. Se niega a vestirse, moverse o tomar alimentos.

En la exitación catatónica, la persona es a-

gresiva y hostil, así como destructiva. Rompen ropa, muebles y ataca a los demás, las alucinaciones e ilusiones son comunes, acompañados de gestos, posturas y conversación salvaje y sin significado. Hay negativismo, antagonismo y resentimiento. Se presenta insomnio, anorexia hasta el punto de un agotamiento físico.

TIPO PARANOIDE:

El tipo paranoide se caracteriza por idea delirante de persecución (la gente los persiguen para encarcelarlos, envenenarlos, matarlos) el comportamiento es hostil, agresivo en "defensa" contra la persecución imaginada. Hay frecuentes alucinaciones, voces acusan al paciente de acciones o pensamientos malos. El paciente habla acerca de "Rayos" o "polvos" mágicos o de "fuerzas" que lo controlan; puede ser agresivo o violento. Los pensamientos y sentimiento se tornan cada vez más desconectados, irreales, ilógicos y desorganizados.

ESQUIZOFRENIA INFANTIL:

La psiquiatría ya ha identificado dos distintos tipos de esquizofrenia infantil a saber: Autismo Primario y Psicosis Infantil.

Durante los 3 primeros meses de vida, el niño normal pasa a través de la etapa en la cual está relativamente irrelacionado con la gente y objetos que le rodean, al pasar este estado, el niño pronto se torna comunicativo a la vista, sonidos y gente.

Un niño que sufre de Autismo Infantil Primario (el niño autista) nunca sale del período de aislamiento. Permanece incomunicado de su madre, parece fuera de contacto con su derredor y parece vivir dentro de una concha. Presenta retardo marcado en el habla y algunas veces nunca aprenden a hablar. Su aprendizaje es lento en lo que respecta a gatear y caminar, no juega con otros niños, ni se da cuenta de que existen, prefiere jugar con objetos inanimados y sus juegos consisten en repetir actos mecánicos con un juguete u objeto físico hora tras hora. Todo lo contra-

rio sucede con el niño que sufre de psicosis infantil simbiótica, éste no soporta estar lejos de su madre o perderla de vista. Por el modo como se aferra de la impresión de querer fundirse con ella. Parece que estos niños se sienten parte de su madre, nunca ellos mismos. (el término simbiótico significa "viviendo una vida juntos").

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA:

En la esquizofrenia las características sobresalientes son la desintegración y deterioro de la personalidad, hay muchos desórdenes mentales en los que la personalidad permanece más o menos bien organizada, aún así, hay disturbios del pensamiento y emociones. Una de estas es la psicosis maníaco-depresiva. Por el nombre de la enfermedad, es claro que consiste de opuestos estados emocionales -depresión y manía (exitación, alborozo, agitación, hiperactividad).

Los casos típicos de esta psicosis presentan una

alteración dentro de las 2 fases. La alteración o ir y venir de un estado a otro, puede ser repentino y frecuente. Un estado puede durar largo tiempo antes de ceder al otro. En muchos casos, las fases pueden estar separadas por largos períodos de normalidad y la sucesión puede ser de dos o más fases depresivas antes de cambiar a la fase opuesta.

En la fase maníaca el paciente está lleno de exitación, entusiasmo y energía. Miles de ideas bullen en su mente y quieren decírselas a alguien, no hay nada que él no pueda hacer o ningún problema que él no pueda resolver. En el estado depresivo, la condición va de leve descorazonamiento y congoja, hasta un estado depresivo de estupor.

Si estos estados son leves, el paciente está triste, pierde interés por la vida, la confianza en si mismo, la iniciativa y se retira de toda actividad y responsabilidad.

Cada encomienda es difícil y molesta, abundan las penas, la duda y el miedo, melancolía, irritabilidad, indecisión, sensibilidad, desolación y apartamiento de contacto.

social.

Si la depresión es intensa, la congoja inicial y descorazonamiento pasan a ser una intensa pena emocional. Toda actitud mental y física es de desesperanza, desesperación, desaliento y un doloroso soportar la vida. Hay casi un completo retiro al interíes de alternar con la gente y la vida en general. Hay miedo terrible sentimiento de desastre inminente, surgen ideas suicidio y violencia hacia otras gentes.

REACCION DEPRESIVA:

A pesar de que casi toda enfermedad mental puede ser seguida tiempo atrás con alguna predisposición o debilidad ya sea innata o cercana, o con una combinación de las 2, debe tomarse en cuenta que aún personalidades sanas y bien ajustadas se pueden romper. Muy seguido vemos gente "quebrarse" bajo condiciones de gran estímulo emocional - dolores extremos y torturantes, enfermedad, pena, pobreza, miedo, gran cantidad

o responsabilidades de trabajo. Normalmente una persona se repone al ver aliviada su pena, la personalidad ayuda a la persona a recobrarse del shock; en cambio cuando un estímulo se suma a otro, o cuando no hay alivio, la persona puede desquiciarse mentalmente.

Esto es lo que sucede en la condición psicótica conocida como "reacción depresiva". La persona cae en largos y profundos períodos de congoja y desesperación, confusión, inactividad, ansiedad. Hay deseo de ser malo, de no valer, parece como si existiera un deseo de autocastigarse.

Agunas veces hay ilusión de persecución, muy seguidos pensamientos e intentos de suicidio.

PSICOSIS DE INVOLUCION:

Consiste en un desorden psicótico que parece estar definitivamente relacionado con el período involución de la vida - el tiempo durante la edad mediana - cuando el crecimiento y expansión física y mental a llegado a la cima y prin-

cipia a declinar.

En la mujer existen definidos cambios glandulares que se llevan a cabo en la menopausia, otros cambios fisiológicos no tan pronunciados suceden en el hombre. Pero parece ser que la psicosis de involución está más relacionada a un estímulo emocional de la edad madura que a cambios orgánicos. La pérdida de importantes funciones sexuales como engendrar hijos, la inminencia del declinamiento de otras funciones (interés sexual y reacción) el miedo al "principio del fin" de la vida y el inevitable avanzar hacia la muerte - todo esto tiende a actuar como existente inseguridad emocional y precipita a algunas personas a la carga de enfermedades psicóticas.

Hay dos clases de reacciones psicóticas de involución - una en la cual el síntoma dominante es la depresión y el otro en la cual las ideas paranoides dominan.

PSICOSIS DE INVOLUCION DEPRESIVA:

(También llamada melancolía de involución) La reacción involutiva depresiva es una depresión activa y agitada, llena de ansiedad, de miedo y agitación más que de estupor. En esta reacción al paciente le da por llorar y lamentarse. Existe sentimiento de culpa, desaliento, haber despreciado la vida, de haber dañado a la persona, de haber cometido un pecado imperdonable y necesidad de ser castigado por todo esto.

PSICOSIS PARANOIDE DE INVOLUCION:

En esta reacción el paciente está tenso, agitado, temeroso pero no deprimido. Piensa maldades de otros numerosos pero no paranoides. Cree de él, está lleno de falsas ideas de persecución. Cree que los médicos y enfermedades son parte de la "organización" para dañarlo.

PSICOSIS DE LA EDAD AVANZADA:

Hay dos clases de psicosis relacionada con la edad avanzada y se cree está relacionada a cambios orgánicos que

se llevan a cabo en la edad avanzada. Una de estas se llama psicosis con arterioesclerosis y la otra psicosis senil.

La primera se cree es debida a cambios en las arterias del cerebro, (ateroesclerosis o adelgazamiento del vaso arterial por el crecimiento de depósitos en las paredes del mismo, más que de arterioesclerosis o endurecimiento de las arterias), y la psicosis senil, se cree como resultado del deterioro general del sistema neurológico y glandular a medida que el cuerpo -- "se gasta" con la edad.

En la psicosis con "arterioesclerosis cerebral", - los principales síntomas son confusión, agitación, -- excitación, intranquilidad, pérdida de las capacidades mentales y físicas, incoherencia, inestabilidad emocional con rompimiento a llorar y reír, incohordinación de la memoria, aturdimiento, irritabilidad, depresión, ansiedad, discisor, agresivo y aún violento. El paciente

se torna negligente en su apariencia personal y a veces de sarrolla idea delirante de persecución.

En la psicosis senil hay marcado deterioro de las facultades mentales y emocionales, los procesos intelectuales disminuyen, las ideas son pobres y escasas, las expresiones simples y elementales.

Hay confusión acerca de lugares y fechas, se confunden las personas, la gente viva, se toma como personas conocidas ya muertas. El paciente se torna discisor, sospechoso, acaparador, tacaño, piensa que le quieren robar. - El interés por los hábitos personales y limpieza se pierden. muchas veces vaga por las calles y se pierde, al igual que su juicio, por lo que es dañino y peligroso.

PARANOIA:

La idea delirante paranoide de persecución se encuentra en muchas condiciones psicóticas tales como el tipo paranoide de esquizofrenia, psicosis de la ancianidad, la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva, en la psicosis

sis de involución y en la de reacción depresiva.

En cada una de estas enfermedades la condición paranoide es parte de un largo complejo de enfermedad, en el cual gran cantidad de síntomas se encuentran; pero hay una clase de enfermedad mental -paranoia- propiamente dicha, en la cual la condición paranoide domina, sin acompañarse de otros síntomas de desórdenes mentales.

Así pues en esta enfermedad, sus únicos síntomas importantes son las ideas delirantes secundarias ("ideas falsas de origen patológico, irreductibles a la argumentación lógica que derivan de falsos sucesos vividos por el sujeto o de otros síntomas psíquicos y que son comprensibles psicológicamente". A. Vallejo Nágera.).

El paranoico suele ser un individuo de apariencia normal y su comportamiento será razonable y mientras no se afecte por el tema delirante, el médico pensará que está delante de un ser normal.

DESORDENES DE LA PERSONALIDAD.

Existen personas que desarrollan características de personalidades que no son un resultado neurótico secundario, sino que un desorden primario de la personalidad, y no van acompañados de tensión, ansiedad, síntomas mentales y físicos, los cuales son frecuentes en los cuadros de personas neuróticas.

Hay teorías que sostienen que los desórdenes de la personalidad, son el resultado de defectos innatos, otros los atribuyen a la ausencia de uno o ambos padres en la infancia, o si los hay, en su incapacidad para dar al niño la libertad, amor, fuerza y disciplina para moldear y desarrollar una personalidad sana. Algunas teorías combinan ambas -hereditarias e influencia paterna-.

PERSONALIDAD INADECUADA:

Estas personas son buenas, fáciles de llevar, con poco interés en el trabajo o el estudio, poco sentido de responsabilidad para desarrollarse en una educación normal y

formal. Se les conoce como divagadores.

PERSONALIDAD EMOCIONAL INESTABLE:

Esta es gente que vive en constante tensión emocional, es impulsiva, extrema e incontrolable y puede estallar en cólera, excitación o ataques de celos - con la menor provocación.

PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVA: Tipo pasivo dependiente.

Estos son pasivos, tímidos, dependientes, necesitan de ayuda, incapaces de hacerle frente a una responsabilidad o tomar una decisión, incapaces de tomar una acción o expresar una opinión que pueda causar antagonismo.

PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVA: Tipo pasivo agresivo.

Este tipo de personalidad se manifiesta en personas coléricas y antagonistas, pero incapaces de expresarlo si no a través de necedad, hosquedad, inefi-

ciencia, obstrucción.

PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVA: Tipo agresivo.

Este tipo de personalidad se manifiesta por constante belicosidad, son personas que responden con violencia y aún reacción destructiva a una simple frustración. Son resentidos con la autoridad y la combaten.

PERSONALIDAD COMPULSIVA:

Esta clase de personas son meticulosas, rígidas, formales, perfeccionistas. Tienen un exagerado sentido del deber y obediencia, pero les es difícil tomar una decisión propia. Son necios en sus convicciones y extremadamente centralizados en si mismos.

PERSONALIDAD ANTI-SOCIAL:

(También conocidos como psicópatas, personalidad psicópata, reacción antisocial). La gente con este desorden de personalidad es falta de conciencia, sentido humano, honestidad, responsabilidad. Saben la diferencia entre lo bueno y lo malo, pero esto no les interesa,

solamente les importa ser recompensados y satisfechos cuando lo desean sin importarles que tan farsantes, destructivos, dañinos o violentos tienen que ser para conseguirlo. Son crueles, en extremo sádicos, inestables, desconfiados, hipócritas y violentos, incapaces de forjar una amistad, piden mucho, dan poco. No les importa ser desagradables o que otros les teman y siempre están satisfechos de sí mismos. Mucha gente con personalidad anti-social, suele ser bastante inteligente y agradable en sus maneras, les es fácil impresionar y engañar a otros. Ejemplo son "el hombre confiado", el falsificador, el "Romeo", enamorando a muchas mujeres a la vez.

PERSONALIDAD PARANOIDE:

Las personas con este tipo de personalidad se caracterizan por ser sospechosas, susceptibles, celosos, resentidos, hostiles. Son extremadamente sensibles a las críticas, toman el menor comentario, crítica o -

corrección como un ataque desvastador. Se aprecian muy poco a si mismos y creen que los demás piensan mal de ellos, que no les son agradables, que los evitan, siempre son víctimas. Esto provoca en ellos un impulso de compensación y se fijan metas más alla de sus capacidades. Si fallan en alcanzar estas metas, ahondan más -- sus sentimientos de frustración e intensifican su resentimiento en contra del mundo. Siempre son resentidos, grandes criticadores de otros a los cuales tienen que eliminar para aliviar el daño a su propia estima.

Culpan a otros de sus fallas y se inclinan a atribuir a otros sus sentimientos hostiles que ellos mismos tienen pero que no reconocer; es decir se proyectan.

Cuando la condición alcanza este grado de intensidad, irracionalidad y evaluación irrealista, cambian de personalidad y evaluación irrealista, cambian de personalidad Paranoide a Paranoia (hemos de advertir que una personalidad

paranoide no necesariamente se torna en una paranoia, una persona puede mantener su personalidad paranoide toda su vida, sin tornarse psicótica).

PERSONALIDAD ESQUIZOIDE:

Este desorden mental se parece a los primeros grados de la esquizofrenia psicótica pero no se considera psicótica pues no hay desintegración de la personalidad como sucede en la esquizofrenia.

Las características de esta personalidad es el "encierro" y un desapego emocional hacia otras personas, cosas y eventos fuera de sí mismos. Mientras la personalidad esquizoide lleva a cabo las funciones fundamentales de la vida, lo hace con un mínimo de interés por su derredor y una mínima relación hacia la persona y eventos que lo rodean. Sus complicaciones más profundas y sentimientos más intensos los experimenta "solitario despierto", imaginación, fantasía. El Esquizoide tiende a sentirse solitario, incomprendido, aislado,

siempre "herido", cree que nadie lo desea o piensa de él, su naturaleza desconfiada hace que no tenga amigos. -- Cuando niño o joven, se mantiene alejado de los demás y sus juegos, prefiere jugar solo, parte de su tiempo lo emplea en leer buena o mala literatura de acuerdo a su inteligencia y educación. Niño u hombre, poca gente sabe que es lo que piensa, puesto que no confía en nadie. La persona esquizoide de gran inteligencia y sensibilidad puede ser muy creativa y productiva en esfuerzos artísticos e intelectuales; da el aspecto de una persona frágil, sensitiva, estética, pero inamigable y remota; pero los que tienen poca inteligencia, suelen parecer aburridos -- contradictorios, desconfiados y tercos. A veces se presenta una mezcla de los 2 encontrándose en una sola persona.

ALCOHOLISMO.

El alcoholismo prolongado o crónico puede producir cualquier número de trastornos severos físicos, incluyendo desórdenes cardíacos, gastritis, daños al hígado y otros. Aunque las intoxicaciones alcoholicas agudas son el síndrome primero para un "retiro", de acuerdo al grado al cual la reacción de retiro se ha desarrollado el paciente puede sufrir de: Agitación Psi comotora y confusión sensora lo cual constituye el --ler. grado; luego en segundo grado viene la alucinosis, en el cual el individuo escucha voces que lo acusan de prácticas inmorales y lo amenazan con destrucción y muerte. Sin embargo, la persona permanece en contacto ~~el~~ con lo que lo rodea. El tercer grado es el Delirium Tremens en el cual la víctima sufre de horribles alucinaciones visuales, ve animales de varias formas y tamaños. Su conversación se hace incoheren-

te y el cuerpo se mantiene casi en completo temblor. El paciente se da poca cuenta de lo que lo rodea y confunde a las personas, se mantiene en una pesadilla, fuera de la realidad y muchas veces se acompaña de estado febril.

Agregados a estos disturbios, se pueden presentar otros desórdenes psíquicos entre los cuales se puede incluir los siguientes:

PARANOIA ALCOHOLICA:

Los síntomas consisten en sospecha, busca-culpas, irritabilidad, celos con ilusiones absurdas acerca de la infidelidad del cónyuge. Estas sospechas pueden llegar a la hostilidad y aún al homicidio.

PSICOSIS DE KORSAKOFF:

Uno de los efectos directos por la prolongada y abundante ingesta de alcohol, es la deficiencia de vitamina B, como resultado de la poca y mala alimentación. La deficiencia de vitamina B, actúa destructivamente en el sistema nervioso causando deterioro del proceso del pen-

samiento.

El paciente pierde la noción del tiempo y de los lugares, (desorientado) pérdida de la memoria e inventa su pasado creando falsos recuerdos de eventos que nunca pasaron. Muchas veces se asocia a delirium tremens pero puede desarrollarse independientemente. El dejar de beber, hidratación, altas dosis de vitamina B, así como administración de tranquilizantes logra la remisión del cuadro.

SINDROME DE WERNIKE:

Otra condición que resulta por falta de la vitamina B, y asociado al alcoholismo crónico es el síndrome de Wernike. Los síntomas son disturbios de la vista, pérdida de la memoria, confusión mental, estupor y algunas veces coma. Suspensión del alcohol, dosis de vitamina B, e hidratación mejoran al paciente.

DETERIORO ALCOHOLICO:

Después de un prolongado y continuo alcoholismo por años, se produce un daño permanente al sistema nervioso,

cuya consecuencia son cambios irreversibles en la personalidad y mente.

La voluntad e interés se pierden, hay falsedad, desconfiabilidad, decepción por si mismo, pérdida del sentido de responsabilidad es lo característico, en general puede presentarse deterioro emocional, dificultad para las relaciones sexuales (impotencia). La función intelectual se deteriora, se nubla el pensamiento, falla la memoria y no hay habilidad para razonar. En esta fase del alcoholismo, la probabilidad de recuperación es poca, debido a que el deterioro mental y emocional ha sido producido por el daño irreversible al sistema nervioso.

Antes de la llegada de las drogas psiquiátricas, medicinas como el Paraldehido, Hidrato de Cloral y los barbitúricos, eran los únicos disponibles para el tratamiento de las condiciones tóxicas alcohólicas. Estas han sido reemplazadas casi en su totalidad por tranquilizantes", los cuales son más efectivos, produciendo una mejoría casi en pocas horas si el daño cerebral no es muy grave.

PSICOTERAPIA.

En lo que respecta a la forma de tratamiento de las diversas enfermedades mentales, existen muchos métodos de los cuales trataremos de presentar en una forma resumida, solo con el afán de dar una idea de lo que puede hacerse y alcanzarse con un tratamiento psiquiátrico dirigido.

El tratamiento de la enfermedad puede encausarse en dos direcciones, cuerpo y mente -o ambas-. Si se dirige a los pensamientos y emociones se le llama psicoterapia y si es dirigido hacia la maquinaria de la mente y emociones, -cerebro, sistema nervioso, glándulas, sistema circulatorio y demás- se llama terapia física o somatoterapia.

Existen muchas formas de psicoterapia; en todas ellas el método es básico, es un intercambio emocional y verbal entre el paciente y el terapista, durante el cual hay una alteración en los pensamientos y senti-

mientos del paciente y una baja eliminación completa de los síntomas mentales y físicos.

PSICOANALISIS:

En el psicoanálisis los sentimientos y emociones pe nosos, son sondeados, separados, vistos -analizados- en interés por llegar hasta sus orígenes, para descubrir que es lo que causa que se desarrollen de esta manera y comprender a la luz de otras experiencias.

Esto tiene doble propósito, cuando las emociones y conflictos escondidos son "desenterrados", pierden su poder para generar problemas por medio indirecto que son los síntomas. También la comprensión que el paciente ga na con este proceso le ayuda a eliminar sentimientos y comportamientos dañinos, destructivos e inútiles y a desarrollar nuevos caminos, más apropiados y sanos.

Porque los pensamientos y emociones retenidos no están disponibles al recuerdo consciente, es necesario usar métodos que llegarán al "mecanismo reprimente" que

trabaja constantemente evitándoles llegar al conciente. Uno de estos métodos en la libre asociación", el paciente dice todo lo que le llega a la mente, aunque esto sea una completa tontería y aparentemente sin ton ni son y así a medida que el control del conciente descansa, el paciente saca pensamientos y sentimientos que se habrían de mantener enterrados en el subconsciente.

Otro método que se emplea para penetrar el subconsciente y poder obtener los pensamientos y emociones que de otra forma serían inaccesibles es el "análisis de sueño".

Los sueños parecen ser confusos, sin sentido, -- sin razón, pero sin embargo están llenos de significados ocultos que dan importantes pistas a los pensamientos y emociones reprimidas. Las personas en -- los sueños no son las que parecen ser, son versiones desfiguradas de las personas claves en la vida de los

pacientes -madre, padre, hermanas, hermanos, el psicoanalista o el paciente mismo. Las cosas que los personajes de sus sueños dicen y hacen son una expresión disfrazada de los sentimientos que el paciente no puede admitir.

Con la ayuda del psiquiatra, el paciente trata de penetrar lo desconocido y reconocer que hay en su interior.

Una vez aceptados estos pierden su poder para generar los síntomas de la enfermedad mental y estos desaparecen .

PSICOTERAPIA PSICOANALITICAMENTE-ORIENTADA:

En este tipo de terapia, se emplean muchos de los métodos del psicoanálisis, pero no con la misma intensidad ni la misma profundidad.

Su meta es reforzar y tal vez remodelar la personalidad pero no necesariamente reconstruirla como en el psicoanálisis. La psicoterapia psicoanalíticamente orientada no trata de revivir los conflictos ni de dejar libres las

luchas emocionales de la niñez, ni tampoco anula el patrón fundamental neurótico formado en el curso de esta lucha sino que trata de traer la expresión de las emociones reprimidas a través de la libre asociación y el análisis de los sueños.

El paciente es ayudado a ganar comprensión e idea de algunas de las causas de sus síntomas neuróticos sin ir demasiado atrás, se le ayuda a ver que las presentes maneras de relación con otras personas y el manejo de sus conflictos con estas personas es exagerado, distorsionando e inapropiado; después se le ayuda a modelar los medios más apropiados y más efectivos. Con la aceptación y expresión de las emociones reprimidas, se reducen intensamente los síntomas y - con la remodelación de la actitud, la dificultad para - llevar los problemas de la vida se reducen.

TERAPIA DE GRUPO:

En la terapia de grupo, el paciente se relaciona -

no sólo con el terapista, sino con los demás pacientes que forman un grupo. De este modo, el paciente trae a juego una más amplia variedad de emociones. En la terapia individual él puede decirle al terapista lo que siente hacia otras personas, aquí el actúa en la verdadera forma como siente hacia otras personas que son las demás personas del grupo. Un grado de transferencia -- ocurre no solamente hacia el terapista, sino que también hacia los otros miembros del grupo. El terapista sigue siendo la persona clave para cada paciente, pero hay otras figuras claves que emergen también y son los pacientes que recuerdan a personas que han desempeñado puestos claves en la vida anterior del paciente.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN CUANTO A SU DIAGNOSTICO.

La clasificación de las distintas enfermedades mentales, de acuerdo a su sintomatología, ha constituido siempre un problema difícil en cuanto a la统一ación de criterios se refiere, ya que existen diversas escuelas tanto europeas como americanas que tienen varias opiniones al respecto.

Actualmente se usan 3 términos para clasificar de desórdenes mentales y son Psicosis, Neurosis y Trastornos del carácter y están relacionados con la nomenclatura standard oficial aprobada por la Asociación Psiquiátrica Americana de la siguiente manera. (Según - Ulett & Goodrich).

Desórdenes cerebrales agudos ----- Psicosis
Desórdenes cerebrales crónicos "orgánica"

Desórdenes de origen psicógeno sin causa física claramente definida o cambios estructurales en el cerebro.

Desórdenes psicóticos----- Psicosis "funcional"

Desórdenes Psiconeuróticos----- Psiconeurosis
Desórdenes psicofisiológicos autonómicos y viscerales----- Neurosis "orgánica".

Desórdenes de personalidad
Desórdenes de personalidad----- Desórdenes de Carácter.
de situación transitoria.

Cada paciente presenta desórdenes en una forma muy individual y muchas veces el paciente puede pasar de un diagnóstico a otro, según la evolución de su enfermedad; por eso hay que tener en cuenta que no debe tomarse un sólo síntoma para efectuar un diagnóstico, ya que puede esto conducirnos muchas veces a un error grave y por ende de un diagnóstico equivocado.

Así por ejemplo, la depresión y ansiedad se pueden presentar en muchos trastornos mentales, así como la paranoia que no siempre es significado de esquizofrenia, - pues ideas delirantes u alucinaciones pueden presentarse en Psicosis involucional o senil y alucinaciones por intoxicación alcohólica aguda, etc..

Así pues al evaluar un paciente, debe tenerse en --

cuenta el producto de la anormalidad de comportamiento, el papel que juega la predisposición genética, el mal funcionamiento orgánico, las toxinas endógenas y exógenas, las tensiones sociales y medio ambiente a que el individuo está sujeto, así como su estructura familiar y los trastornos de origen emocional que durante su infancia haya podido sufrir, para poder así ajustar el diagnóstico lo más acertadamente posible.

De allí deriva pues la importancia de llevar a cabo un buen interrogatorio del paciente, ahondando lo más posible en su mente y emociones para poder así elaborar una historia conciensuda y detallada que unida a la sintomatología nos llevará sin lugar a dudas a poder efectuar un buen diagnóstico y como consecuencia la aplicación del tratamiento adecuado.

Nosotros para la clasificación de los diferentes diagnósticos encontrados en nuestra revisión, escogimos la clasificación de la Asociación Médica America-

na, por parecernos lógica y funcional, no queremos esto decir que sea la mejor, ya que existen otras clasificaciones como la que se encuentra en el Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismo y Defunciones, aprobado por la Organización Mundial de la Salud en 1965, y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, parecida a la clasificación médica americana, con ligeras variantes en cuanto a números de claves se refiere.

CASUISTICA PERTENECIENTE A LOS MESES COMPRENDI
DOS ENTRE ENERO DE 1968 AL 31 DE DICIEMBRE DE --
1968.

Durante la revisión de las 547 papeletas encontra-
mos los siguientes diagnósticos psiquiátricos que hubi-
mos de ajustar a la clasificación Americana de Medici-
na, comprendidos en el capítulo de enfermedade de la -
unidad psicobiológica; dicha clasificación, en lo que --
respecta a enfermedades de la mente, su nomenclatura
acepta todos los procedimientos mentales conocidos a -
enfermedad orgánica cerebral y también los diagnósticos
en los que no aparece dicha asociación con trastorno fun-
cional del cerebro.

Así pues, nosotros, para mejor comprensión de los
cuadros elaborados a continuación pondremos una expli-
cación de las claves, es decir a que diagnóstico se a--
justa cada una de ellas, los datos finales los presetamos
en porcentajes en relación a cada grupo de enfermedades
encontradas, grupo étnico y edades.

Los casos de alcoholismo, los incluimos dentro de
la clasificación de Síndrome Cerebral agudo, asociado
a intoxicaciones alcohólicas, cuya clave corresponde al
000-332212 en general, pero como entre ellos algunos -
presentan alucinaciones u otros correspondían a Delirium
Tremens, la nomenclatura varió agregándole una cifra al
final para hacer la diferenciación, en este caso se agre-
gó 1 para alucinaciones 2 para Delirium Tremens, al fi-
nal de la clave general, lo mismo se hizo con los demás
diagnósticos encontrados correspondientes a las diferen-
tes enfermedades mentales que a continuación enumera-
mos con sus respectivas claves.

CLAVES CORRESPONDIENTES SOLAMENTE A LOS DIAGNOS-
TICOS ENCONTRADOS EN LA REVISIÓN DE PAPELETAS.

- | | |
|------------|--|
| 000-33212 | Síndrome cerebral agudo con intoxicación - .
alcohólica. |
| 000-332121 | Síndrome cerebral agudo con intoxicación - .
alcohólica y alucinaciones. |
| 000-332122 | Síndrome cerebral agudo con intoxicación e
alcohólica y Delirium Tremens. |

009-33212 Síndrome cerebral crónico por intoxicación alcohólica.

009-550 Síndrome cerebral crónico asociado a trastornos consulsivos.

009-79X Síndrome cerebral crónico asociado a enfermedad senil. cerebral.

009-700 Síndrome cerebral crónico, asociado con otros trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición.

000-X12 Reacción maníaco-depresiva, tipo depresiva.

000-X13 Reacción maníaco-depresiva, otros tipos.

000-X14 Reacción psicótica depresiva.

000-X20 Reacciones esquizofrénicas (no especificadas de otro modo).

000-X22 Reacción esquizofrénica tipo hebefrénico.

000-X23 Reacción esquizofrénica tipo catatónico.

000-X24 Reacción esquizofrénica tipo paranoide.

000-X2X Reacción esquizofrénica otros tipos.

000-X39 Reacción psicótica, distinta a las mencionadas anteriormente.

00-X3X Reacción psicótica no clasificada.

000-X09 Otras reacciones psiconeuróticas.

000-X90 Déficit Mental.

000-X06 Reacción psiconeurótica depresiva.

000-5 Síndrome cerebral agudo asociado con trastornos circulatorios.

000-900 Síndrome cerebral crónico asociado con enfermedad de causa incierta o desconocida.

000-X635 Desviación sexual, tipo de homosexual.

000-X641 Toxicomanía (Dipsomanía)

000-X642 Toxicomanía)Adición a las drogas)

000-X643 Toxicomanía (tipo combinado de dipsómano y drogadicto).

S.T.M.A. Sin trastornos mentales actuales.

S.Dx.Ps. Sin diagnóstico psiquiátrico.

CUADRO DE DIAGNOSTICOS, NUMERO DE PACIENTES, PORCENTAJES Y GRUPO ETNICO.

-74-

CLAVE:	DX:	No.	%	No.	L.	%	No.	I	%	No.	?	%
000	332121	172	31.44	157	91.33	10	5.81	5	2.9			
000	332122	6	1.09	5	83.33	1	1.17	-	---			
000	33212	8	1.46	6	75.	2	.25	-	---			
009	550	54	9.87	47	87.03	5	9.25	2	3.66			
009	79X	9	1.64	9	100.	0	---	-	---			
009	700	12	2.19	9	75.	3	25.	-	---			
000	X12	1	0.18	0	--	1	100	-	---			
000	X13	1	0.18	1	100	0	---	-	---			
000	X14	2	0.36	2	100	0	---	-	---			
000	X20	129	23.58	107	82.94	17	13.17	5	3.95			
000	X22	1	0.18	1	100	0	---	-	---			
000	X23	3	0.54	1	33.3	2	66.6	-	---			
000	X24	2	0.36	2	100	0	---	-	---			
000	X2X	6	1.09	6	100	0	---	-	---			
000	X39	3	0.54	3	100	0	---	-	---			
000	X3X	34	6.21	33	97.05	1	2.94	-	---			
000	X09	14	2.55	13	92.85	1	7.14	-	---			
000	X90	28	5.11	18	63.94	5	18.57	5	18.57			
000	X06	2	0.36	2	100	0	---	-	---			
000	5	1	0.18	1	100	0	---	-	---			
009	900	2	0.36	1	50	1	50.	-	---			

Continúa en la página siguiente.....

Cuadro No. 1.-

Continuación....

CLAVE:	DX:	No.	%	No.	L.	%	No.	I	%	No.	?	%
000	X635	1	0.18	1	100	0	-	-	-			
000	X641	13	2.37	13	100	0	-	-	-			
000	X642	3	0.54	3	100	0	-	-	-			
000	X643	1	0.18	1	100	0	-	-	-			
S.T.M.A.	31	5.66	27	87.09	2	6.45	2	6.45				
S.Dx. Ps.	8	1.46	8	100	0	-	-	-				
Total:		547	100.%	477			51		19			

L = Ladinos

I = Indígenas

? = No se encontró registrado el grupo étnico

Cuadro No. 1.-

-75-

Clave:	Dx.	Edad:		Edad:		Edad:		Edad:		Edad:	
		16 a 20	%	21 a 30	%	31 a 40	%	41 a 50	%	50 arriba	%
000	332121	6	3.48	44	25.50	75	43.59	25	14.53	22	12.79
000	332122	1	16.66	1	16.66	1	16.66	2	33.33	1	16.66
009	33212	0	-	4	50.	2	25.	-	-	2	25.
009	550	24	44.44	9	16.66	12	22.22	4	7.40	5	9.26
009	79X	0	-	-	-	-	-	-	-	9	100
009	700	4	33.33	-	-	2	16.66	2	16.66	4	33.33
000	X12	0	-	-	-	-	-	1	100.	-	-
000	X13	0	-	-	-	-	-	1	100.	-	-
000	X14	0	-	1	50	1	50	-	--	-	-
000	X20	31	24.03	36	27.90	40	31	17	13.17	5	3.87
000	X22	1	100.	--	---	---	---	-	---	-	---
000	X23	0	-	1	33.33	1	33.33	1	33.33	-	---
000	X24	1	50	-	-	-	-	-	-	-	---
000	X2X	1	16.66	3	50	1	16.66	1	16.66	-	---
000	X39	0	-	2	66.66	-	-	-	-	1	33.33
000	X3X	4	11.76	6	17.64	9	26.47	6	17.64	9	26.47
000	X09	2	14.28	4	28.57	3	21.42	4	28.57	1	7.14
000	X90	13	46.42	10	35.71	3	10.71	1	3.57	1	3.57
000	X06	0	-	--	---	1	50.	1	50.	-	---
000	5	0	-	--	---	-	--	-	---	1	50.
009	900	0	-	--	---	-	--	-	---	2	100.

Continúa en la página No. 76 "A"...

Continuación del Cuadro No. 2.

Clave:	Dx:	Edad:		Edad:		Edad:		Edad:		Edad:	
		16 a 20	%	21 a 30	%	31 a 40	%	41 a 50	%	50 arriba	%
000	X635	1	100	-	-	--	--	--	--	--	--
000	X641	0	---	6	46.15	6	46.15	1	7.69	---	---
000	X642	1	33.33	1	33.33	1	33.33	-	--	--	---
000	X643	1	100	-	----	-	----	-	--	--	----
S.T.M.A.		5	16.12	7	22.58	5	16.12	5	16.12	9	29.03
Sub-Total:		96		135		163		72		73	
S.Dx.Ps.		Pacientes pertenecen a otro año de ingreso al Hospital (Reingreso) no precisaron -- edades, 8 en total.									
TOTAL:		547									

R E S U M E N :

Como puede observarse en el cuadro de diagnóstico, el porcentaje mayor de pacientes fueron los alcohólicos - en fase aguda, luego las reacciones esquizofrénicas inespecíficas y en tercer lugar los síndromes cerebrales crónicos asociados a trastornos convulsivos. El tomar en cuenta el renglón de alcoholismo en conjunto, es decir incluyendo los otros diagnósticos que se refieren al síndrome cerebral crónico con intoxicación alcohólica y delirium tremens, el porcentaje aún es más alto, de donde podemos deducir que el ingreso mayor en 1968 en el Hospital Neuro psiquiátrico lo constituyen los pacientes acohólicos, los cuales, si bien es cierto ingresan con frecuencia, así abandonan el hospital ya que su tiempo de hospitalización como promedio es de 1 mes a mes y medio; sin embargo, - hay pacientes reincidentes que tienen hasta 5 ingresos en el año. Este problema del alcoholismo crónico, creemos, es difícil de solucionar, ya que nuestro campesino y obre

ro una de sus principales distracciones y diversiones es el alcohol, el cual consumen en grandes cantidades los fines de semana al recibir su salario, centavos que se diluyen entre copa y copa, con los amigos alrededor de una mesa de cantina, mientras en una cabaña miserable, quien sabe si de la Limonada o algún otro lugar residencial de nuestro trabajador, 9 ó 10 personas hambrientas y haraposas esperan con afán el pan que por la noche llegará convertido en risa, palabras soeces y agresividad, a tumbarse en una desvensijada cama, para sumirse en el más profundo sopor, evadiendo así de la realidad cruel y miserable que le rodea.

Este problema no es actual, sino viene de años atrás y continuará mientras no hayan fuentes de trabajo suficientes que eliminen el desempleo y por ende la vagancia, lugares de recreo y distracción, fomento de los deportes, mejora de la vivienda, mejoras salarios para el campesino y el trabajador; todo esto pensamos,

redundará en un positivo beneficio para nuestro pueblo y contribuirá a eliminar en parte uno de los factores que pudieran contribuir al alcoholismo.

En cuanto a grupo étnico, observamos que en el renglón del alcoholismo el porcentaje de ladinos es mayor - en cuanto a indígenas, ésto creemos nosotros pueda deberse a que muchos de los indígenas que son adictos a la bebida por razones de distancia, económica, etc. no sean trasladados al Neuropsiquiátrico cuando su situación de intoxicación alcohólica lo amerite.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1.) El problema del alcoholismo en nuestra patria sigue siendo uno de los más serios como lo demuestra el porcentaje tan elevado de alcohólicos que ingresan en el Hospital Neuropsiquiátrico.
- 2.) El desarrollo de la psiquiatría en nuestra facultad, debe ser incrementado, despertando el interés por ella en el estudiante desde su ingreso ya que su importancia es vital para él como futuro médico en el constante trato con sus pacientes.
- 3.) Debe tratarse de erradicar la idea que en general - se tiene de la psiquiatría que es una ciencia para locos, criterio muy común en nuestra gente profana y aún entre nuestros estudiantes y profesionales.
- 4.) Existe una tendencia a considerar la psiquiatría como una ciencia aparte de la medicina en general - cuando en realidad es de vital importancia al médico para su mejor comprensión de su paciente, ya -

que la vida moderna con su ritmo acelerado somete a la persona a muchas situaciones de stress constante derivándose de ésta, desequilibrios emocionales, desórdenes psicosomáticos e hipocondría y es suficiente muchas veces solamente un poco de psicoterapia bien aplicada para desvanecer una serie de temores infundados y un sinnúmero de síntomas que todo médico de la especialidad que fuere debe estar en capacidad de poder reconocer y tratar para proporcionar así el alivio inmediato que la persona enferma, o potencialmente enferma, ansía cuando acude a reclamar sus servicios.

- 5.) Deberían crearse en nuestros hospitales, Departamentos Psiquiátricos donde se impartieran cursillos intensos para post-graduados y practicantes, dotándoseles de los conocimientos básicos de la psiquiatría general, ya que el paciente hospitalizado es una persona muy interesante y debe comprendérsela, pues existe un porcentaje muy elevado de ellos cuyas dolencias obedecen a problemas puramente

te de índole psicológico. Con esto se ahorraría tiempo, exámenes y medicinas tratando de encontrar la causa de la enfermedad, teniendo siempre en cuenta el paciente que simula para ser dado de alta, ya que mientras permanece hospitalizado goza de casa, comida y cuidados gratuitos, cosa de la cual adolecen en el medio paupérrimo en que se desenvuelve fuera del hospital.

En lo que respecta al Hospital Neuropsiquiátrico de Guatemala, deseamos hacer un breve comentario de lo que a nuestro juicio pensamos debería llevarse a cabo en dicho hospital; no queremos con esto de ningún modo menospreciar los esfuerzos que allí se hacen para la rehabilitación del enfermo mental, sino sólo exprender nuestra opinión muy personal, como una modesta contribución al mejor desenvolvimiento y desarrollo de la terapia psiquiátrica en nuestro país.

Esto lo podemos resumir así:

1.) Proporcionar mejor orientación psiquiátrica al médico interno que labora en el hospital, para adiestrarlo en una forma general de los fundamentos y bases de la psiquiatría y así poder hacer una mejor interrogación, elaborar historias mejor detalladas que puedan arrojar una luz que oriente hacia un diagnóstico acertado, basado también en la sintomatología presentada por el paciente.

Esto creemos se lograría impartiendo pláticas, o bien conferencias periódicas, mesas redondas etc., donde pudiera discutir los casos; todo esto dictado por médicos psiquiatras que asisten al hospital, con lo que se despertaría el interés y se lograría salir de la rutina, del patrón pre-fabricado que en realidad encontramos en casi todas las historias de pacientes que tuvimos la oportunidad de revisar.

2.) Un mejor ajuste por decirlo así, de los diagnósticos psiquiátricos a la sintomatología y clínica del paciente, ya que en nuestra revisión pudimos encontrar algunos que no se ajustaban a la sintomatología del paciente en cuanto a psiquiatría y aún presentaban agregados Dx. como paludismo crónico, sin que existiera un sólo exámen de gota gruesa que confirmara el diagnóstico de paludismo ni mucho menos la historia clínica del paciente.

3.) Hacer énfasis en un mejor manejo de las papeletas, tanto por el personal médico como paramédicos, en lo que respectaba la hoja de evolución y órdenes médicas, debiendo seguir un orden como el que se lleva en los hospitales General y Roosevelt, el cual facilita el trabajo y a la hora de extractar datos de ella pueden éstos encontrarse rápidamente y con exactitud, no olvidándose que la papeleta es el reflejo de todo el desarrollo de la enfermedad de un pa-

ciente y que si se lleva en una forma conciente y ordenada, redundará en beneficio del propio paciente y de la organización general del centro hospitalario.

4.) Es urgente dotar a nuestro paciente psiquiátrico de - mejores instalaciones que reunan por lo menos las más elementales condiciones de comodidad e higiene a que todo ser humano tiene derecho, ya que los que cuenta actualmente, adolecen de todo lo anteriormente dicho y no son más que improvisados o medio adaptados a raíz de la emergencia cuando se incendió el antiguo edificio; si bien es cierto existe un edificio moderno pronto a ponerse en funciones, esto no es más que un elefante blanco, que es insuficiente para la cantidad de pacientes, pues actualmente se encuentran hospitalizados alrededor de 1,147 pacientes entre hombres, mujeres y niños, sobrepasando algunas veces esa cifra y el nuevo edificio sólo cuenta con capacidad para 500 camas y no cuenta con servi-

cio de agua potable; fué inaugurado hace varios años como producto de la demagogia de los gobiernos, pero nada más, allí está solamente la estructura aguardando un presupuesto para ser habilitado y dar cabida al número de enfermos para el cual fué hecho; de lo contrario nuevamente surgirá el eterno problema de -- falta de espacio, camas, medicinas, etc., y el futuro de nuestros pobres pacientes seguirá siendo tan incierto como hasta la fecha.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alarcón Monterroso, Ronald A. "Enfermedad Mental (Casuística Hospital General de la Ciudad de Guatemala). Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1969. 121 p.
- 2.- Freedman and Kaplan. History of Psychiatry. In: -- Compressive Texbook of Psychiatry. Baltimore The Williams and Wilkin's Co. 1968, pp. 2-34.
- 3.- Hofling K., Charles. Tratado de Psiquiatría. México, Editorial Interamericana, 1966. 454 p.
- 4.- Milt, Harry. The Basic Handbook of Mental Illnes, - New York. Scientific Aids Publication. 1968. 51 p.
- 5.- Mira y López, Emilio. Concepto Moderno de la Salud Mental. En su: La Enferma. Montevideo, Servicio Científico Roche. 1962, pp. 13-16.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales. En: Manuel de la Clasificación International de Enfermedades Mentales, Traumatismos y causas de defunción. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1968, pp. 145-160.
- 7.- Penados del Barrio, Julio. La Enseñanza de la Psiquiatría. En su: Consideraciones sobre la enseñanza de la Medicina en Guatemala, Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facul tad de Ciencias Medicas. 1965. pp. 92-97.

Bibliografía...

- 8.- Sicco, Antonio. Neurosis y Neurastenia. En su: Las Neurosis. Buenos Aires, Talleres Gráficos J. Héctor Matera Lavalle, 1961. pp. 13-19, 51-69.
- 9.- American Medical Association. Diseases of the Psychobiologic Unit. In: Standard Nomenclature of Diseases and Operations. New York. 5th. ed. McGraw-Hill Book Company, Inc. 1961 pp. 105-113.
- 10- Ulett and Goodrich A Synopsis of Contemporary Psychiatry. 3d. ed., St. Louis, M., Mosby -- Company, 1965. 299 p.
- 11- Vallejo Nágera, J.A. La Enfermedad Mental, Psicopatología General. En su: Introducción a la -- Psiquiatría, 4a. ed. Madrid, Editorial Científica Médica. 1969. pp. 1-17, 19-56.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. FRANCISCO JOSE GRANADOS GIL

DR. GUILLERMO FORNO A.
Asesor.

DR. ENRIQUE MORALES CH.
Revisor.

DR. RONALDO LUNA AZURDIA
Director de Fase III.

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario General.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Decano.