

## LA APROXIMACIÓN DE LA MEDICINA GENERAL A LA PSIQUIATRÍA A TRAVÉS DE LA SOMATOTERAPIA

**Por el Dr. Alcerro-Castro \***

Agradezco mucho la oportunidad que se me da de presentar una pequeña charla en este Congreso. En realidad, era otro compañero de Honduras, el Dr. R. Gómez Róbelo, quien estaba anotado en el programa, pero por inconvenientes que ignoro, ni el colega ni el trabajo pudieron llegar.

Yo he oído con satisfacción que dos temas que se han presentado en este Congreso con relaciones psicológicas, han sido acogidos con bastante atención y casi han sido los que han producido mayores comentarios de parte del auditorio. Ustedes recuerden bien que me estoy refiriendo al tema de la «Psicología del leproso», que se presentó el primer día y a las consideraciones del «Tratamiento del alcoholismo con antabús», que se presentó esta mañana, y ello me anima a hacer una pequeña relación sobre mi experiencia con el tratamiento de algunas psicosis, sobre todo las esquizofrénicas, por medio de lobotomías prefrontales y transorbitarias. Si yo hubiera traído este trabajo escrito, posiblemente le hubiera intitulado o por lo menos hubiera escrito en el subtítulo lo siguiente: «El camino de la aproximación de la medicina general y la psiquiatría a través de la somatoterapia psiquiátrica». El médico general se ha sentido siempre alejado de la psiquiatría, pero se acerca cada vez más a ella a medida que en ésta usamos más los tratamientos de tipo somático.

Ninguna otra rama de la medicina tiene ahora tanto problema como la psiquiatría, porque precisamente el fondo de la misma es problemático hondamente. Las corrientes de investigación se han dividido sobre todo en dos sistemas: por una parte, la investigación desde el punto de vista psicológico, y por otra la de los puntos de vista somáticos. La primera incluye la psicopatología, la psicología profunda, el conductismo, la reflexología, fisiognómica, caracterología, etc., etc., teniendo a veces una aproximación filosófica —como las escuelas alemanas—, otras una psicológica pura— como las conductistas— y otras haciendo una mezcla de ambas, la psicológica y la filosófica. Al mismo tiempo que la literatura médica se ha inundado con teorías de esta naturaleza, otros psiquiatras — sobre todo europeos y entre éstos los alemanes— han tratado

---

\* Delegado del Colegio Médico de Honduras,

de profundizar en los fundamentos somáticos de las enfermedades mentales y cobra actualidad la antigua idea de la investigación del asiento de las cualidades psíquicas sobre una base cerebral. La teoría de las localizaciones cerebrales, según la expone actualmente Kleist, reviste gran importancia y es de gran interés. Pero una cosa hay que hacer notar y es que a medida que corre el tiempo se ha ido desplazando la importancia concedida a la corteza cerebral y se la ha concedido mayor al tronco cerebral. Después de las investigaciones sobre el alamo como factor importante en la determinación de las emociones, se le da gran importancia al hipotálamo en toda su complejidad y a las relaciones de esta región hipotalámica con las otras regiones del encéfalo.

Pensando somáticamente, y en parte siguiendo las ideas de Caial, Egas Moniz, alrededor de 1935, pensó que podría influirse sobre la evolución de las psicosis a través de la cirugía cerebral seccionando ciertos haces de la sustancia blanca a la que según su teoría podrían estar fijadas ciertas ideas morbosas, creyendo que al interrumpir esos haces también se interrumpiría el círculo de ideas morbosas del psicótico, pudiendo entonces provocarse un cambio en la psicosis, cambio que él esperaba que fuera favorable. Ideó así la leucotomía de las regiones prefrontales de la cual presentó varios casos en el Congreso de Londres en 1936. La intervención trataba de seccionar las fibras que van de la corteza cerebral frontal a la talámica.

Freeman y Watts, en Washington, D. C, tomaron y modificaron la técnica de Egas Moniz y dieron una nueva interpretación psicopatológica de la intervención explicando el mecanismo de acción de la misma más o menos así: el tálamo es la gran central a donde llegan todas las vías que vienen de las zonas inferiores y desde donde se distribuyen en los diversos haces tálamo-corticales hacia los lóbulos frontales, hacia las regiones motoras, hacia los lóbulos parietales, occipitales y temporales. Ellos creen que es precisamente en el tálamo en donde se cargan de emoción las diversas representaciones que los abundantes datos que les dan las otras regiones cerebrales elaboran los lóbulos frontales anteriores en donde a criterio de los autores estaría la capacidad de proyección hacia el futuro, la de introspección, la de autoscopia. Como es posible que la psicosis resulte de una sobrecarga emocional adquirida por ciertas ideas morbosas, con una falta de coordinación armónica entre tálamo y corteza frontal. Idearon métodos de secciones amplias de esas conexiones en su trayecto en la sustancia blanca de los lóbulos frontales anteriores (lobotomías prefrontales). Después de investigar sobre la operación óptima haciendo diversos cortes en varios cuadrantes, llegaron a la conclusión de que los mejores cortes eran los situados en el plano de la sutura frontoparietal y que seccionaban las zonas superiores e inferiores bilateralmente (lobotomías prefrontales bilaterales). En experiencias neuropatológicas posteriores lograron demostrar que después de las lobotomías prefrontales se encontraba una atrofia del núcleo dorsal medio del tálamo; se relacionó así este núcleo con las fibras

del fascículo frontal. Los autores europeos piensan que esa explicación es insuficiente y que hay que pensar que los cortes afectan no solamente los haces tálamo frontales, sino también conexiones frontofrontales, de las zonas frontales a otras zonas cerebrales y que intervendrían también en su resultado relaciones subtalámicas relacionados con la emotividad y la impulsividad. La teoría de la acción de las lobotomías se ha ido enriqueciendo y las intervenciones a su vez han enriquecido la investigación y teoría neuropsiquiátrica.

También los psicoanalistas han hecho interpretaciones sobre el modo de acción de las lobotomías: unos creen que lo que sucede es que sobreviene una falta de acción del superego sobre la capa instintiva talámica, y otros creen que lo que pasa es que la capa instintiva no da suficiente material para la elaboración superegótica de la personalidad.

Poco a poco se van decantando esas diversas teorías y va quedando un cuerpo de doctrina que al hacer referencia a estratos neurológicos ligan la psiquiatría a la medicina general. La psicocirugía se ha enriquecido con nuevas intervenciones como las topectomías que se dirigen a la corteza frontal y las tálamotomías que ejercen acción directa sobre el tálamo. Las tálamotomías tendrían la ventaja de conservar mejor la personalidad post-operatoria del paciente, pero en cambio los resultados se mantienen mucho menos, al parecer, que en las lobotomías prefrontales. De las topectomías se continúa haciendo estudios que permitan la comparación con los otros procedimientos psicoquirúrgicos. Las lobotomías prefrontales han sido indicadas por Freeman y Watts, sobre todo en psicosis de tipo afectivo, en las melancolías involutivas, en las neurosis angustiosas, en las tipo depresivo y secundariamente en las esquizofrenias y psicosis maniaco depresivas. Se ha hecho la objeción de que precisamente las indicaciones en que insisten esos autores son las de los casos que ceden más fácilmente con otras terapéuticas, a veces espontáneamente, otras por procedimientos psicoterapéuticos y otras por métodos de choque, de tal manera que no estaría plenamente justificada la producción de una amputación de la personalidad como la que queda después de unos cortes amplios en las regiones prefrontales. Se dejaría entonces la intervención para los casos de esa naturaleza que ya han sido tratados por esos otros métodos, cuando han pasado muchos años sin que hayan sido modificados por las mismas. Resultaría así que para algunos va quedando la operación reducida en sus indicaciones y como método paliativo en las esquizofrenias, pero no en las reactivas sino en las endógenas, en las demencias precoces propiamente en las que conservan cierta tensión afectiva que indica la capacidad de lucha contra la enfermedad, cierta tendencia a la curación.

En esos casos es de esperarse que los pacientes puedan recuperar algo de lo que ya por otros procedimientos estaría dado por perdido, recuperación que puede llevarles o bien a una mejor adaptación hospitalaria, o a una buena adaptación familiar y hasta social, habiendo pacientes que vuelven al trabajo, tal vez no en

el mismo nivel que tenían antes de enfermar, pero de todos modos viviendo una vida de la que todavía son en parte propios autores.

Tengo aquí anotados los casos operados desde 1945: en total 27 lobotomías prefrontales y 12 transorbitarias. Como ustedes ven, a pesar del número de años la estadística es baja. No he operado por lobotomía prefrontal ninguna psiconeurosis y la mayor parte de mis casos son de esquizofrenias. Esta enfermedad es en principio incurable. Al parecer, las que se curan son esquizofrenias reactivas, no nucleares; y es en estas últimas en las que se indica la operación. De los 27 operados han mejorado 17, es decir el 63.3%; la mejoría se ha manifestado en varias formas: unos solamente se han hecho más manejables dentro del medio hospitalario disminuyendo el número de problemas que antes presentaban; otras bajan dentro del hospital; otras han podido vivir en sus casas en una adaptación moderada y otros, en fin, han podido volver al trabajo. No mejoraron o mejoraron poco y transitoriamente siete pacientes, es decir el 23% y tenemos todavía una mortalidad de 11%. Estas muertes fueron los tres primeros casos: yo creo que en los decesos en las lobotomías influye el que consideremos la operación como muy sencilla, por lo cual tal vez nos confiamos demasiado y queremos hacer cortes muy amplios y situados muy posteriormente, en la zona límite. En un caso que autopsié, comprobé la situación muy posterior de los cortes; Barahona Fernández dice que las muertes que acaecieron en Portugal al principiar a usarse el método se debieron también a cortes muy posteriores. En uno de mis casos, la muerte fue por una meningitis fulminante.

Con respecto al uso de las lobotomías prefrontales como terapéutica del dolor en los cánceres incurables, no tengo experiencia personal, pero en los dos años que estuve con el Prof. Freeman tuve oportunidad de observar algunos casos con resultados bastante felices en los que podía después de la operación reducirse a dosis ínfimas la cantidad de morfina usada.

Tomada de la Revista del Colegio Médico de Guatemala.—  
Dic, 1951—Vol. II.—N° 4.