



Lothar Kalinowsky (1899-1992)

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Lothar Kalinowsky y la llegada del electroshock a América

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.530>



El conocimiento de que las convulsiones mejoran los síntomas psiquiátricos ha estado presente en el campo de la medicina desde sus inicios en occidente. Existen descripciones de esta relación en textos hipocráticos de los siglos III /II aC.

Ya en los orígenes de la psiquiatría moderna, el efecto beneficioso de la fiebre sobre las afecciones psiquiátricas fue reconocido por Esquirol, Griesinger y Maudsley. En ese contexto de pensamiento se inscribió el trabajo de Julius Wagner von Jauregg (1857-1940), austríaco, profesor de psiquiatría en Viena desde 1893 hasta 1928, quién se interesó desde 1887 en los efectos de la fiebre sobre los trastornos mentales y, finalmente, treinta años después, en 1917, puso en práctica un tratamiento eficaz para la PGP a partir de accesos hipertérmicos producidos por la inoculación del *Plasmodium falciparum*, agente etiológico del paludismo o malaria. En efecto, von Jauregg descubrió que de 10 a 12 accesos hipertérmicos palúdicos, controlados con quinina, permitían la cura de la PGP, técnica que fue bautizada como “malarioterapia”. La recepción del Premio Nobel de Medicina en 1927 da una idea de la importancia de este hallazgo en un momento en que los manicomios europeos tenían entre un 60 y 80 % de pacientes con diagnóstico de PGP entre sus internos. Esa técnica también generó interés en la búsqueda e investigación de métodos que pudieran generar los mismos beneficios a otros pacientes psiquiátricos.

En esa dirección orientó sus investigaciones Manfred Sakel (1900-1957), polaco formado en Viena, quien, en 1927, imaginó un método basado en la producción de coma insulínico controlado que comenzó a utilizar en 1933 cuando se estableció como investigador en la Clínica Neuropsiquiátrica de Viena. En 1936, Sakel migró a los EE.UU. donde desarrolló la mayor parte de su práctica y su técnica de shock insulínico, que se popularizó con el nombre de “cura de Sakel”. La misma consistía en la inducción de un coma hipoglucémico producido por la inyección de insulina subcutánea o intravenosa en dosis de 80 a 120 U., siguiendo un protocolo de seis comas sucesivos realizados en forma diaria, que se continuaba hasta las 50 o 60 sesiones para alcanzar la curación. Su indicación específica era la esquizofrenia para la cual Sakel auguraba los mejores resultados.

Poco tiempo después, Ladislao von Meduna (1896-1964), húngaro formado en Budapest donde trabajó hasta emigrar a Chicago en 1939, investigó el uso del cardiazol para generar convulsiones; los primeros pacientes que trató con este método eran catatónicos y presentaron una notable mejoría. En 1937 von Meduna publicó un trabajo con los resulta-

dos sobre 110 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y su técnica, conocida como “shock cardiazólico”, fue considerada como efectiva y su uso se hizo común hasta la llegada de los psicofármacos a fines de los años 50.

Finalmente, Ugo Cerletti, (1877-1963), italiano formado en Roma y Turín como neurólogo y psiquiatra, desde 1935 director del departamento de Patología Mental de la Universidad La Sapienza de Roma, y Lucio Bini (1908-1964), también italiano, desde 1935 profesor de psiquiatría en la misma universidad, desarrollaron un método de producción de convulsiones por aplicación de electricidad, más seguro y sencillo que los métodos químicos.

En 1935 Bini observó cómo se aplicaba electricidad a los cerdos en el matadero de Roma para producir un estado de estupor que facilitaba el faenamiento. El conocimiento de esta técnica le permitió calcular la intensidad de corriente a utilizar en pacientes sin riesgo de muerte.

Luego de desarrollar el aparato y calibrar la técnica, el 15 de abril de 1938, Cerletti y Bini realizaron el primer electroshock a un paciente esquizofrénico que luego de la terapia de choque tuvo una remisión sintomática de dos años. Su uso como tratamiento estándar para la esquizofrenia comenzó en 1940 y, con el paso del tiempo, fue reemplazando la cura de Sakel y se transformó en el principal tratamiento para la esquizofrenia hasta el surgimiento de los psicofármacos. Su uso rápidamente se extendió también al campo de las depresiones endógenas, melancolías y cuadros de riesgo suicida, donde presentó los mejores resultados.

Lothar Kalinowsky

Lothar Bruno Kalinowsky nació en 1899 en Berlín, en el seno de una familia judía. Fue reclutado por el ejército en 1918 y estudió medicina en Berlín después de la Gran Guerra. Aprobó el examen de médico en 1922, y se formó como neurólogo y psiquiatra en Hamburgo, Viena y Breslau. Se doctoró en 1922 en Hamburgo. En 1925 se casó con Hilda Pohl (1905-1999), hija de un rico banquero, y tuvieron dos hijas nacidas en 1927 y 1930. Abrió una consulta privada y trabajó de forma no remunerada en La Charité de Berlín bajo las órdenes de Creutzfeldt. Tras el traspaso del poder a los nacionalsocialistas en 1933, quienes promulgaron las leyes raciales, fue despedido de La Charité. Este motivo lo obligó a iniciar con su familia su largo proceso migratorio.

En el mismo año obtuvo un puesto no remunerado en el departamento de Psiquiatría y Neurología del Hospital Universitario de Roma, donde conoció a Ugo Cerletti, quien será su director desde 1935. Allí participó, desde un principio, de las investigaciones sobre el electroshock que desarrollaban Cerletti y Bini.

Nuevamente, en 1938, ante la sanción de las leyes raciales italianas, Kalinowsky tuvo que emigrar a Londres, en donde enfrentó las dificultades legales de los médicos extranjeros para ejercer la profesión y, por este motivo, finalmente, en 1940, viajó a los EE.UU. donde se estableció en Manhattan como especialista en terapia electroconvulsiva. Desarrolló sobre el tema una enorme casuística que publicó en 1946 con el título: *Shock treatments, psychosurgery and other somatic treatments in psychiatry*. Esa obra, muy difundida, se transformó en referencia obligada sobre el tema y fue traducida al español en 1953.

Desde 1947 Kalinowsky fue profesor invitado de la Universidad Libre de Berlín, viajando todos los años a Alemania hasta su jubilación. En 1958 fue nombrado profesor asociado de neuropsiquiatría en el New York Medical College y, en 1956 y 1968, fue condecorado por la República Federal de Alemania.

Kalinowsky falleció en Nueva York en 1992, luego de haber ejercido la psiquiatría en América durante más de cuatro décadas.

Tratamientos por choque, psicocirugía y otros tratamientos somáticos en psiquiatría

Esta obra fue publicada en inglés en 1946 por Grune & Stratton en New York, sus autores fueron Paul Hoch, quien dirigía el servicio de tratamientos por choque del “Manhattan State Hospital” y Lothar Kalinowsky, que estaba a cargo de la unidad de choque en el “Pilgrim State Hospital”, el Hospital Psiquiátrico del Estado de Nueva York, que era el más grande de los EE.UU. y en 1954 llegó a albergar 13.875 internos.

La edición en castellano, de la cual presentamos aquí una selección de fragmentos, fue publicada en Barcelona en 1953 por la Editorial Científica Médica y contó con un prólogo de J. J. López Ibor. Esta versión fue la traducción de la segunda edición original en inglés, aparecida en 1952.

En su texto introductorio el catedrático español, se hacía eco de los efectos de una práctica que ya llevaba más de diez años de desarrollo internacional: “... *los tratamientos biológicos actuales, juiciosamente empleados, no constituyen atentados a la personalidad de los enfermos. El atentado está constituido por la enfermedad misma,*

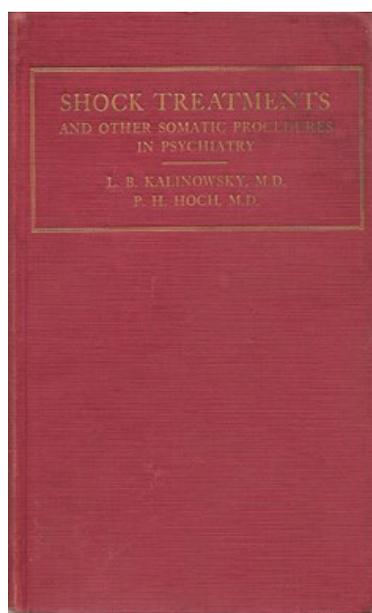
y los tratamientos lo que intentan es contener o anular las zonas de devastación que aquellas producen.”

En el prefacio de la primera edición (enero de 1946) el tono de los autores corresponde a la neutralidad de investigadores científicos centrados en el desarrollo de un nuevo paradigma terapéutico: “Los llamados tratamiento por choque en Psiquiatría vienen empleándose en todas partes desde hace más de diez años. La introducción de éstos y algunos otros tratamientos somáticos ha ejercido una gran influencia sobre la teoría y práctica psiquiátricas.” [...] “Los autores han procurado presentar el material objetivamente, evitando tanto un entusiasmo excesivo como un escepticismo exagerado.” [...] “Los tratamientos por choque son hoy día herramientas indispensables de la terapéutica psiquiátrica y persistirán hasta que surjan métodos mejores. Todas las pruebas a nuestro alcance indican que son armas efectivas en el tratamiento de ciertos tipos de enfermedades mentales. Hasta ahora, no obstante, su valor curativo es limitado, especialmente en los enfermos que sufren trastornos crónicos, y su eficacia terapéutica, por ejemplo, en la esquizofrenia, debe ser grandemente incrementada antes de que puedan considerarse como verdaderos remedios.”

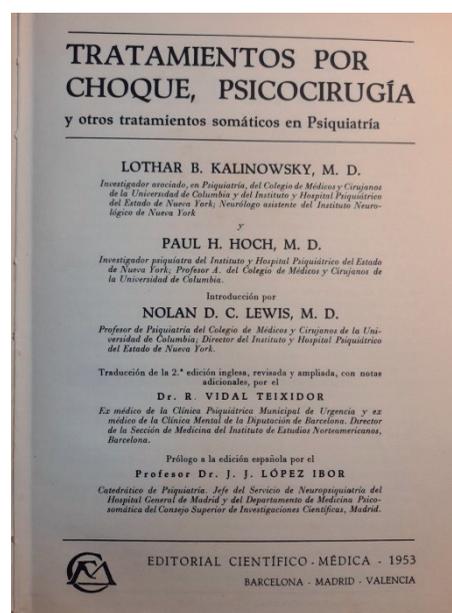
Esta obra, de 430 páginas, dedica a la terapia electroconvulsivante un tercio de su contenido, en él describe los diferentes procedimientos consensuados en las investigaciones que analiza y describe extensamente las variedades de cuadros que son asistidos con esas técnicas y los resultados obtenidos. Un somero listado de los cuadros tratados incluye: psicosis maníaco-depresiva (fase depresiva y fase maníaca), melancolías involutivas, esquizofrenias, psiconeurosis (histeria ansiosa, histeria conversiva, histeria depresiva, parálisis histérica, depresión neurótica, depresión reactiva, tartamudez), psicosis tóxicas (psicosis pelagrosa, anemia perniciosa alucinatoria, neumonía delirante, enfermedades seniles (depresión senil, agitación alucinatoria, párkinson paranoide, hemiplejías, afasias y esclerosis múltiple con síntomas psicóticos), toxicomanías, enfermedades psicósomáticas (neurodermitis, úlcera péptica, neuralgia del trigémino), alcoholismo asociado a ansiedad y depresión, psicopatías, homosexualidad y lesbianismo.

No se trata en todos estos diagnósticos de pacientes asistidos por los autores, quienes centraron su casuística en la esquizofrenia y las depresiones endógenas, sino que ellos comunican a través de una amplia bibliografía, actualizada siempre a la fecha de publicación, las experiencias de autores europeos y estadounidenses referentes de estas prácticas en sus respectivos países. En la edición que nos ocupa, de 1952, las citas de investigaciones sobre terapias de choque ascienden a 1200. Es de señalar también el número de pacientes referidos en algunos trabajos como el de Dedichen (1946) que incluye 1459 pacientes esquizofrénicos tratados con TEC y comparados con 969 pacientes sin tratamiento.

Se trata en definitiva de un texto en el cual la terapéutica psiquiátrica se aborda desde la perspectiva de la ciencia médica experimental como no había ocurrido hasta ese momento en el desarrollo de la psiquiatría moderna.



Shock treatments, psychosurgery and other somatic treatments in psychiatry, 1ra. Ed. 1946.



Traducción al español - Edición 1953

Tratamientos por choque, psicocirugía y otros tratamientos somáticos en psiquiatría

Lothar Kalinowsky y Paul Hoch, *Editorial Científica Médica, Barcelona, 1953*

Terapéutica electroconvulsiva

El uso de las convulsiones inducidas eléctricamente, introducido por Cerletti y Bini, ha reemplazado al método farmacológico principalmente por las siguientes ventajas: (1) el método es técnicamente más simple y más limpio que la inyección endovenosa repetida de una cantidad relativamente grande de líquido que fácilmente conduce a la trombosis de las venas; (2) hay una inmediata pérdida del conocimiento que evita al paciente todo recuerdo de la aplicación que hace que sea raro que el enfermo rehúse el tratamiento. Otras ventajas alegadas son de menor importancia. Las antes mencionadas, sin embargo, son suficientes para asegurar la amplia aplicación de la terapéutica convulsiva en sus nuevas formas.

Umbral convulsivo

En la TEC el umbral es más bajo en los hombres que en las mujeres y más alto en los ancianos que en los jóvenes. Los que tienen el umbral más alto son generalmente mujeres en su quinta o sexta década de vida. El umbral más alto entre las personas de edad avanzada parece estar en concordancia con la más baja incidencia de ataques en los epilépticos de edad y la mayor tendencia convulsiva en los niños. Los pacientes deshidratados tienen un umbral alto. También la excitación aguda aumenta aparentemente el umbral, hecho que Ewald y Haadenbrock explican cómo debido al aumento de tono del sistema simpático en los pacientes agitados. A pesar de la gran variación del umbral, la experiencia con la TEC ha demostrado sin ninguna clase de duda que cada cerebro humano es capaz de reaccionar con una convulsión. Ningún paciente fracasa a la convulsión si se aplica la corriente adecuada o varios estímulos sucesivos.

Frecuencia de los tratamientos

El tratamiento convulsivo se aplicó originariamente por los primeros terapeutas dos veces por semana, y más tarde el procedimiento aceptado más corrientemente ha sido tres tratamientos semanales. Hemphill observó recaídas con el procedimiento de un tratamiento semanal, pero Sargant trató con éxito depresiones con un intervalo semanal. Los tratamientos

diarios conducen a estados confusionales, que algunos autores consideran deseables.

Sogliani ha indicado que las convulsiones inducidas eléctricamente pueden repetirse a los cinco minutos de haberse normalizado la respiración y cuando el paciente comienza a recobrar el conocimiento. De esta manera ha desencadenado hasta cinco crisis convulsivas en el intervalo de diez a veinte minutos. Dicho autor aplica este procedimiento en todos los casos en los que ha fallado el tratamiento usual. Jacobs y Gilson han aplicado hasta ocho tratamientos en un día. Estamos de acuerdo con Valentine en que, utilizando este tratamiento intensivo, no es posible reducir el número total de convulsiones necesarias. Tyler y Lowenbach comienzan con cuatro choques en el primer día y si han provocado una confusión intensa, continúan los días siguientes con uno o dos choques, o los que sean necesarios para mantener la confusión. Tales tratamientos "polidiurnos" no han demostrado mejores resultados que el método tradicional, pero disminuyen considerablemente el número de días de hospitalización, sin ser más peligrosos. Los efectos secundarios orgánicos (trastornos del habla, ataxia y hasta la incontinencia ocasional) desaparecen en el intervalo de una semana. Tales tratamientos sumativos (Heuyer y col.) se han llamado también "regresivos" por Kennedy y Anchal y "de aniquilación" por Bini. El, e independientemente Milligan, lo han recomendado en primer lugar para las psiconeurosis. Se continúa con un tratamiento semanal durante varias semanas (Kerman) o aumentando los intervalos (como lo preferimos nosotros) a fin de estabilizar los resultados de la TEC. Esto puede continuarse como tratamiento de sostén en los pacientes con tendencia a la recaída. En las psicosis episódicas, especialmente en la psicosis maníacodepresiva, pueden prevenirse episodios futuros mediante un tratamiento "profiláctico" mensual (Geoghegan y Stevenson).

No hay duda de que los tratamientos repetidos en un mismo día se toleran bien; y son especialmente valiosos en los pacientes con trastornos agudos que están amenazados por el peligro del agotamiento psicótico. Las malas condiciones somáticas de estos enfermos no contraindican la aplicación de tales activos y posiblemente salvadores procedimientos.

Investigaciones psicológicas

La mayoría de las investigaciones psicológicas en personas, así como en animales, son científicamente interesantes, pero sólo confirman las alteraciones transitorias de la memoria que han visto los clínicos. Referente a la cuestión clínicamente importante de si hay o no un deterioro duradero de la memoria u otra función cerebral en un paciente después de un curso de tratamientos convulsivos, nuestra impresión clínica es de que no se presentan pérdidas verdaderas. Esto fue confirmado por el examen psicológico de un paciente que fue sometido al excepcional número de 248 convulsiones (Perlson). Se utilizaron las siguientes pruebas: el "Otis employment Test I", el "American Council on Education Psychological Examination 1940 College Edition", el "Ohio State University Psychological Examination Form A A", el "Likert and Quasha Revised Minnesota Paper Form Board Test", "Series A A" y el "Kuder Preference Record Test Form B B". En todos ellos los resultados fueron sorprendentemente buenos; no se reveló ninguna deterioración intelectual ni emocional. Logwenbach y Stainbrook intentaron exteriorizar la recuperación del paciente mediante la reproducción de las figuras "gestalt" de Wertheimer; como en todas las pruebas psicológicas los resultados finales se acercaron muchísimo a los anteriores al tratamiento. Se necesitan más investigaciones psicológicas para una respuesta definitiva a esta cuestión que es de una gran importancia práctica y teórica.

Son todavía escasos los estudios con el Rorschach. Loewenbach y Stainbrook han descrito los diversos estadios a través de los cuales pasa el paciente en su ejecución del método inmediatamente después de una convulsión eléctrica. El número de respuestas de forma bien vistas recobra generalmente sus valores prechoque en treinta minutos; las respuestas de movimiento son siempre las últimas en reaparecer. El interés científico de la TEC para la investigación psicológica lo pusieron de manifiesto Kelly y Barrera, quienes demostraron que examinando a los pacientes antes y después del tratamiento repiten las mismas respuestas en las pruebas de Rorschach aun cuando, debido a la amnesia, pueden no recordar haber visto las láminas con anterioridad. Piotrowski examinó, con la técnica Rorschach, un grupo de nuestros enfermos antes y después de la TEC. Encontraron la existencia de diferencias psicológicas claras entre los pacientes que se mejoraron y los que no. Los signos pronósticos del Rorschach ideados por Piotrowski y discutidos en el capítulo de la insulina tiene el mismo valor para esta que para la TEC. La predicción pronóstica de la

evolución de los tratamientos fue de un 87 por ciento en la TEC; es casi el mismo porcentaje que en los esquizofrénicos tratados con insulina. Pacella y col. no encontraron tal valor pronóstico en el "Minnesota Multiphasic Personality Inventory". Lindner estudió con las pruebas de Rorschach el aumento constante del síndrome orgánico durante la TEC, y evidenció el efecto terapéutico real de este síndrome.

Piotrowski destacó que los hallazgos del Rorschach justifican la opinión de que ambas, la insulina y la TEC, tienen un efecto curativo sobre los cambios secundarios o compensatorios de la personalidad, pero no sobre la regresión primaria del proceso esquizofrénico.

Janis intentó determinar el efecto de la TEC en los trastornos afectivos utilizando varias escalas de autclasificación de actitudes afectivas. Aun cuando el tratamiento fracasara en aliviar los síntomas dominantes del paciente se vio una disminución del trastorno afectivo. No se niega completamente el efecto de la amnesia en la mejoría, pero Janis utiliza sus hallazgos en primer término para la hipótesis de que la TEC actúa evitando un nuevo mecanismo de defensa, alejando intolerables estados afectivos y reduciendo con esto las reacciones afectivas. Hasta aquí, la valoración de los resultados por medio de pruebas psicológicas no nos promete descubrir más de lo que obtenemos del interrogatorio psiquiátrico del paciente.

Complicaciones

Es innegable que en la terapéutica convulsiva se presentan complicaciones en un cierto porcentaje de casos. De ellas se hizo mucha publicidad en la terapéutica con metrazol, que por esta razón se abandonó en muchos hospitales. Cuando se introdujo la TEC, se anticipó que con ella se prevendría la ocurrencia de complicaciones. Esta esperanza fue solo parcialmente colmada, ya que algunas complicaciones continúan siendo un problema para la terapeuta y son todavía excesivamente subrayadas por muchos psiquiatras. El principio de *nil nocere* continúa como concepto básico par todo médico, pero ello no implica una conducta terapéutica nihilista. El cirujano no dejará de practicar una intervención necesaria aunque ello implique un riesgo. Desde que la terapéutica activa es utilizable en psiquiatría debería emplearse para el beneficio de muchos pacientes aun cuando puedan presentarse complicaciones en algunos de ellos. Afortunadamente son extremadamente raras las complicaciones fatales en la terapéutica convulsiva no modificada.

Estamos de acuerdo con la declaración de Sargent y Slater de que los trastornos mentales son tan des-

tructivos como una formación maligna y a la larga más terribles en los sufrimientos que pueden causar. Por esto los riesgos están justificados. Complace que el Departamento de Justicia de Pensilvania, citado por Owerholser, expresara la opinión de que la TEC es de valor reconocido y por esto puede aplicarse a los enfermos mentales sin el consentimiento del paciente o de su familia. No son todavía utilizables las decisiones judiciales sobre la negligencia por no aplicar la terapéutica por choques, cuando está indicada, pero K. Schneider informa acerca de una decisión significando que el tratamiento precoz habría aumentado las oportunidades de remisión en un esquizofrénico. Schönke revisó recientemente en una publicación alemana las implicaciones legales del tratamiento. En cuanto a los litigios por tratamientos que han provocado fracturas, el Tribunal Supremo de Tennessee decidió que la terapéutica por electrochoque es un método aceptado científicamente en el cual ocurren fracturas aun cuando el tratamiento esté debidamente aplicado. Este hecho de que la mayor parte de las complicaciones en la TEC no son vaticinables ni prevenibles, no fue resaltado suficientemente en un reciente informe del "Committee on Public Health Relations of the New York Academy of Medicine". No obstante, el estudio cuidadoso de las complicaciones más frecuentes es una de las tareas más importantes para los que se ocupan de esta materia. El siguiente examen de las complicaciones incluirá muchas opiniones en controversia que son anotadas con la esperanza de que en el futuro aprenderemos a reducir el número de las complicaciones de esta importante terapéutica.

Mortalidad

No queremos minimizar el riesgo potencial de accidentes fatales cuando exponemos que estos son extremadamente raros en la terapéutica convulsiva y particularmente en la TEC. Kalinowsky refirió en 1949 su experiencia de 10 años con la TEC aplicada a millares de pacientes sin ningún caso de muerte. Recientemente ocurrió una muerte en un caso tratado con curare y referida en la sección de esta droga. Kilb y Vogel, en su revisión de todos los hospitales americanos, encontraron un porcentaje de muertes del 0.06 por ciento para la TEC y del 0.1 por ciento para el metrazol, en comparación con el 0.6 por ciento para la insulina; Impastato y Almansi encontraron el 0.8 por ciento en su revisión de la literatura sobre la TEC. Es de lamentar que en muchas referencias están muy mal descritas las circunstancias de la muerte. El número de fatali-

dades es más alto en las grandes revisiones porque se incluyen probablemente muchas muertes que en un estudio completo no se hubieran atribuido al procedimiento terapéutico. En su monografía, Sargent y Slater llaman negligible el riesgo de muerte y lo comparan con el riesgo de una anestesia general. Nosotros creemos que en la TEC no combinada aquel es aún menor. En el tratamiento con metrazol se han referido como causas directas de muerte las complicaciones cardiovasculares, embolias pulmonares y (en un caso de Nitchingale y Meyer) la embolia grasosa cerebral. Pessin y Reese encontraron edema con hernia cerebelosa y mencionan un hallazgo similar en epilépticos que murieron después de una convulsión. Algunas muertes en "status epilepticus" causadas por una dosis excesiva de triazol (Wyllie) deberían considerarse como debidas a errores técnicos.

Contraindicaciones

Al principio de la era de los choques, los que se ocupaban de esta terapéutica eran reacios a resignarse a los riesgos físicos de los nuevos métodos. Se enumeraron poco a poco ciertas contraindicaciones, pero basándose en la experiencia acumulada durante los pasados diez años es posible ahora ser más liberal en la selección de los casos.

Smith y col. recomiendan que cada paciente sea considerado individualmente, comparando las ventajas de una remisión psiquiátrica posibles y los riesgos adicionales impuestos por la existencia de la enfermedad somática. Todos estarán de acuerdo con la información de estos autores que, dos años atrás, antes de haber reunido una experiencia suficiente, habían postulado las siguientes contraindicaciones: arteriosclerosis generalizada progresiva, enfermedad cardíaca progresiva y oclusión coronaria o angina de pecho, tuberculosis, enfermedad de los huesos maligna, e historia de trastornos convulsivos. Meduna y Friedmann dieron una lista similar de contraindicaciones para la terapéutica con metrazol. La experiencia ha eliminado prácticamente la inmensa mayoría de ellas, aunque algunas aun deben discutirse como contraindicaciones relativas. Debemos tener en cuenta que las convulsiones de los epilépticos difícilmente agravan las otras enfermedades y, por consiguiente, la rareza actual de complicaciones en las convulsiones provocadas artificialmente no nos debe tampoco sorprender. Mientas que en el tratamiento metrazólico la inyección de grandes cantidades de sustancia tóxica aumenta el riesgo del tratamiento, las convulsiones inducidas eléctricamente son la mejor

imitación de los ataques espontáneos. Nada se introduce en el cuerpo y el corto estímulo eléctrico está limitado estrictamente a la cabeza. La convulsión epiléptica que le sigue es un mecanismo preformado de acuerdo con una pauta definida en cada individuo; es un fenómeno liberado que, a pesar de sus manifestaciones catastróficamente dramáticas, actúa con un mínimo de perjuicio para el organismo en conjunto. Esto explica que muchas de las contraindicaciones primitivas no continúen siendo válidas.

La edad no debería excluir a los pacientes de los beneficios del tratamiento. Hemos tratado muchos pacientes con depresiones seniles en la octava y novena década de su vida. Evans informa sobre un grupo de pacientes de edad avanzada tratados por diversas afecciones sin resultados desagradables explicables por su edad, aunque muchos de ellos presentaban anomalías físicas además de su avanzada edad. Lo mismo expuso de una manera convincente Mayer-Gross. Gallinek, cuyo paciente de más edad fue de 84 años, trató muchos casos de su grupo de edad avanzada, aun en presencia de alteraciones neurológicas importantes debidas a la arteriosclerosis cerebral.

La edad juvenil tampoco es considerada generalmente como una contraindicación; no se han referido efectos anormales en la terapéutica convulsiva en niños. Cottington empleó el metrazol pero lo combinó con la beta-eritroidina después de haber observado fracturas vertebrales severas. Heuyer y col. en su material de niños tratados con electrochoques no vieron fracturas y demostraron que no hubo alteración en el desarrollo de estos niños. El grupo más numeroso de más de 200 fue tratado por L. Bender. En un estudio retrospectivo señala justamente la importancia de la terapéutica convulsiva en facilitar la educación, la socialización y la psicoterapia, factores especialmente importantes en la infancia. Hemhill y Grey Walter probablemente tienen el paciente más joven, un epiléptico de 3 años tratado con la TEC.

El embarazo en los epilépticos no da lugar a abortos ni niños prematuros en una proporción desusada debido a los ataques. Goldstein y col. Han comunicado el caso de una mujer embarazada tratada con metrazol. Muchos terapeutas han tratado con la TEC diversas embarazadas en diversos períodos del embarazo sin ninguna influencia sobre el mismo. Even dice que en una paciente tratada prácticamente al final del embarazo, las convulsiones no provocaron ni los dolores del parto ni la ruptura de la bolsa. Boyd y Brown han revisado la literatura sobre la TEC en el embarazo y el puerperio y

encontraron mención de hemorragias vaginales y dificultades pasajeras de la circulación fetal, pero no daños de importancia para la madre o el niño.

Enfermedad cardiovascular. En lo que concierne a las enfermedades preexistentes, lo que plantea más problemas en relación con el paciente son los trastornos cardiovasculares.

La hipertensión es probablemente la causa más frecuente de la exclusión de pacientes para la TEC. Esto está particularmente injustificado en aquellos trastornos mentales donde la hipertensión es causada parcialmente por el estado psíquico. Es conocida la clara interrelación entre los factores emocionales y la presión sanguínea, y en los trastornos psicóticos, como las depresiones agitadas, donde la presión sanguínea está elevada por el estado psíquico, la hipertensión, en lugar de ser una contraindicación, es una clara indicación para la TEC. El apaciguamiento de la depresión agitada después de unas convulsiones se acompañará de un claro descenso de la hipertensión y de la mejoría de los síntomas causados por la misma. Esto se demostró muy bien en un paciente de Kennedy y Wiesel en el que no solo descendió considerablemente la presión sanguínea en el transcurso de la TEC sino que desaparecieron las hemorragias de la retina.

La hipertensión no puede considerársele por más tiempo como una contraindicación.

La miocarditis debe ser cuidadosamente valorada frente a la seriedad del estado mental a tratar. Sin embargo, la experiencia de todos los terapeutas ha demostrado que pueden tratarse casos con este trastorno. Muchos otros refieren tratamientos de casos con enfermedades cardíacas importantes. Cuando la agitación psicótica representa un constante esfuerzo para un corazón enfermo, este no debe excluir la TEC, y está claramente indicado el tratamiento del trastorno mental. En nuestra experiencia no hemos visto la agravación por la TEC de una enfermedad cardíaca preexistente. Los pocos casos de muerte cardiovascular referidos en la literatura ocurrieron en pacientes en los que no se podía sospechar nada importante. Las complicaciones cardíacas son tan raras e imprevisibles que no debería excluirse de la TEC aun cuando las modificaciones electrocardiográficas revelaran una enfermedad cardíaca. La mayoría de referencias concuerdan en que las modificaciones electrocardiográficas en los pacientes con alteraciones miocárdicas no aumentan con el tratamiento y en muchos casos mejoran. En algunos casos donde los cardiólogos habían sentado una contraindicación con la TEC, nos

vimos forzados, por la gravedad del estado psicótico, a ignorar esta contraindicación y en ninguno de ellos encontramos la más pequeña dificultad. Se ha considerado una relativa contraindicación el raro síndrome de Wolff-Parkinson-White (persistencia del haz Paladino-Kent); el paciente mostró una grave complicación cardiovascular con apnea de 60 segundos, pulso superficial y palidez lívida después de cada tratamiento. El peligro de suicidio y el agotamiento psicótico, bien destacados por Ziskind y Somerfeld-Ziskind, junto con la influencia desfavorable del estado psíquico anormal sobre el corazón, decidirán prácticamente en favor del tratamiento. A los pacientes con enfermedad cardíaca algunas veces se les medica previamente, discutido en detalle por Bankhead y col., pero no debe retardar la aplicación de la TEC.

El aneurisma de la aorta es todavía una contraindicación absoluta. La enfermedad coronaria o una historia que haga pensar en la angina de pecho también nos lo hacen excluir del tratamiento. Es sabido que el esfuerzo muscular o la tensión súbita, generalmente bien tolerados aun por un miocardio enfermo, pueden desencadenar un ataque de angina de pecho. Aunque Moore describa un infarto reciente en un paciente con varios infartos de miocardio previos debidos a enfermedad coronaria, su material de 238 pacientes tratados a pesar de los trastornos cardíacos es la mejor prueba de que no hay una absoluta contraindicación para la TEC en cuanto se refiere a las enfermedades cardiovasculares. La contraindicación relativa más sería continúa siendo la angina de pecho, pero muchos de nosotros hemos tenido necesidad de tratar casos, y sin resultados desfavorables.

(...)

Las enfermedades orgánicas del cerebro se consideran frecuentemente como una contraindicación. No está demostrado que esto esté justificado para las enfermedades neurológicas crónicas. Tan solo Heilbrunn y Feldman han comunicado trastornos respiratorios y cardiovasculares en pacientes con sífilis maningovascular. Mientras tanto, se han tratado muchos paráliticos generales por sus síntomas psicóticos más agudos sin resultados desfavorables. No son contraindicaciones para la TEC ni la parálisis general ni otras enfermedades neurológicas orgánicas. Kalinowsky y otros han referido varios casos de enfermos con alteraciones neurológicas tratados por una alteración emocional simultánea, sin que se agravara la alteración neurológica; en la mayoría de los casos mejoró sorprendentemente la función alterada. También se han tratado sin

perjuicio casos de enfermedad de Parkinson, complicados con una depresión y otros episodios psicóticos. Lo mismo es verdad para la poliomielitis, la parálisis cerebral y otras enfermedades crónicas. Recientemente hemos tratado un caso de esclerosis múltiple con episodios catatónicos recurrentes y cada vez hemos observado una mejoría de la función neurológica. Ninguna de estas alteraciones neurológicas puede considerarse como una contraindicación para la TEC.

El problema más complicado son las enfermedades vasculares del sistema nervioso. El súbito aumento de la presión puede provocar la rotura de una aneurisma cerebral o provocar una hemorragia. No obstante, es desconocida la hemorragia cerebral durante los ataques de los epilépticos. Estos pueden explicarse por el hecho de que los vasos cerebrales en un ataque epiléptico, después de una fase de constricción muy corta permanecen dilatados e hipotensos durante el resto de la convulsión. Conforme con esta experiencia, los accidentes vasculares en la terapéutica convulsiva son prácticamente desconocidos. Algunas referencias de hemorragias cerebrales ocurridas algunos meses después del tratamiento difícilmente pueden relacionarse con las convulsiones. En la sección de complicaciones se mencionó la rareza de los síntomas vasculares cerebrales después de la terapéutica convulsiva. Por otro lado, hemos tratado un número considerable de enfermos psicóticos con accidentes vasculares cerebrales previos y alguna vez, aun repetidos, sin resultados perjudiciales. Quiero reiterar que la convulsión es una forma de reacción neurológica preformada que surge en muchas condiciones anormales sin peligro para el organismo en conjunto ni para el cerebro. Por lo tanto, el peligro potencial de una hemorragia cerebral no debería tomarse más como una contraindicación para la terapéutica convulsiva. No obstante, son una contraindicación absoluta los tumores del cerebro y el aumento de la presión intracraneal. Aunque en tales condiciones ocurren a menudo ataques espontáneos sin efectos patológicos, el cambio del volumen cerebral durante los ataques pudo haber sido responsable de accidentes fatales en pacientes que murieron durante la TEC y se les encontró un tumor no diagnosticado.

Otras enfermedades. Se han considerado como contraindicaciones algunas otras enfermedades. Algunas pueden ser contraindicaciones relativas y excluyen la TEC cuando no esté absolutamente indicada. El bocio exoftálmico y la enfermedad de Graves implican el peligro de una muerte súbita y débese ser refractario a tratar pacientes en estas condiciones. Las infecciones agudas son razón suficiente para retrasar el tratamiento, pero se han tratado con éxito estados de excitación

intensa en pneumonías y otras infecciones. El caso de Jetter de muerte por fallo circulatorio durante la TEC en un paciente con una glomerulonefritis aguda, debería ser una advertencia para vigilar las enfermedades intercurrentes. Algunas referencias indican que pueden agravarse ligeras infecciones, por ejemplo la agravación de una otitis media crónica en un caso de Hemphill y Grey Walter. Los mismos autores previenen contra la terapéutica convulsiva durante la vacunoterapia. La tromboflebitis con la posibilidad de la movilización de un émbolo representa otra complicación que, por otra parte es solo relativa. El tratamiento puede ser inevitable y Chapman ha comunicado tres casos de tromboflebitis tratados sin complicaciones.

Contrariamente a las infecciones agudas de origen conocido, la fiebre como tal no es una contraindicación. Este es un punto de la mayor importancia práctica en vista de la frecuencia de fiebre de origen desconocido, en los psicóticos agudos, probablemente de origen central. Una de las más importantes y todavía descuidadas indicaciones de la TEC como un procedimiento salvador es el tratamiento de los cuadros psicóticos agudos con deshidratación y fiebre alta. Muchas veces nos hemos encontrado con casos en que el paciente se consideraba desahuciado porque estando en un cuadro de intensa excitación, según el internista, no podía tratarse con electrochoques a causa de la simultánea temperatura de 40 grados o más. Si el paciente no está en coma, aplicamos en estos casos dos electrochoques en cinco minutos, previa administración de 5 c.c. de coramina, y un tercer choque a las pocas horas. Casi invariablemente a la mañana siguiente la temperatura se había normalizado y el paciente estaba en condiciones de alimentarse. En la práctica nosocomial este es uno de los más importantes métodos que debería ser conocido de todo médico encargado del departamento de agitados. Si las pruebas usuales no muestran signos de una infección aguda, no está justificado retrasar la TEC en tales casos.

La úlcera péptica, que puede dar lugar a una hemorragia severa durante la convulsión y otras enfermedades gastrointestinales, como los divertículos que pueden perforarse, deberían diagnosticarse y evitar el tratamiento. Pueden tratarse los pacientes con hernia si un ayudante protege el orificio herniario.

La sífilis no es una contraindicación. Han sido tratados sin efectos perjudiciales pacientes diabéticos, así como casos de anemia perniciosa y otras enfermedades hematológicas. La exclusión por Meduna de todo cuadro patológico con hallazgos anormales en sangre y orina es sin duda demasiado absoluta.

Las enfermedades de los ojos plantean problemas es-

peciales. La pregunta más frecuente es hasta dónde el glaucoma y la amenaza de desprendimiento de retina son contraindicaciones para el tratamiento. No conocemos ninguna complicación de tales condiciones oculares. En cuanto al glaucoma, Ehrhard comunicó que durante la TEC disminuye la presión intraocular normalizándose a la una o dos horas después del tratamiento. Uno de nuestros enfermos con historia de ataques de glaucoma fue tratado sin complicaciones. Con mucha frecuencia hemos tenido que tratar enfermos después de una operación de cataratas. Puede aducirse que se han tratado casos con glaucoma o con peligro de desprendimiento de retina desconocidos sin resultados adversos, pero nuestra información actual no nos permite una declaración definida en relación a las enfermedades de los ojos en que está contraindicada la TEC.

Debemos repetir que en cada caso debe valorarse cuidadosamente la importancia de la enfermedad somática y la del cuadro psíquico. Sin embargo, no deben sobrevalorarse las enfermedades físicas preexistentes como una contraindicación de un tratamiento que, aunque reconocidamente drástico, resulta de pocos efectos perjudiciales para el organismo en conjunto.

Resultados

Trastornos afectivos

No fue hasta algunos años después de la introducción de la terapéutica convulsiva, cuando se reconoció su utilidad en las psicosis afectivas, primero por Verstraeten y particularmente por Bennett. Desde entonces se ha convertido en el tratamiento de elección para estos trastornos. Las respuestas de los diferentes tipos de depresiones son tan similar que es válido presumir una relación estrecha o aun el mismo proceso fundamental entre las depresiones maniacodepresivas, las depresiones involutivas, las depresiones seniles y las llamadas depresiones psiconeuróticas; todas ellas reaccionan aproximadamente a las cuatro convulsiones. Es costumbre aplicar unos tratamientos más con la finalidad de estabilizar e resultado, aun cuando no se haya demostrado la necesidad de tales tratamientos adicionales. El total de tratamientos que se aplican varía entre cinco y diez según los terapeutas, y algunos los terminan tan pronto como el enfermo remite. Generalmente se dan tres tratamientos a la semana, pero cuando la psicosis es muy aguda se puede disminuir el intervalo; por otro lado, los tratamientos aplicados dos veces a la semana son igualmente eficaces y tienen la ventaja de evitar los estados confusionales que, en definitiva, no son necesarios en las depresiones. Si

una depresión remite después del tercer tratamiento, los dos o tres siguientes pueden espaciarse a intervalos de una semana, durante los cuales el paciente puede reemprender sus actividades normales. Una observación a menudo expuesta es que el enfermo deprimido mejora de su tensión después del primer tratamiento pero que está otra vez molesto después del segundo y muestra una mejoría real después del tercero.

(...)

Psicosis maníacodepresiva

a. Fase depresiva

El porcentaje de remisiones en las depresiones maníacodepresivas, según la mayoría de referencias, varía entre el 80-100 por ciento. Algunas estadísticas que incluyen material de diferentes procedencias dan cifras más bajas (Malzberg, Impastato y Almansi). Estas cifras sugieren que en el material recopilado para la estadística hay probablemente incluidos, de una manera inadvertida, esquizofrénicos con cuadros depresivos y que fueron tratados con el diagnóstico preliminar de psicosis maníacodepresiva.

La duración de la enfermedad no tiene influencia sobre el resultado. Las depresiones maníacodepresivas no tratadas, que podrían, por otro lado, durar de unas semanas a un año, pueden ser acortadas si se instituye un tratamiento convulsivo. Esto está de acuerdo con la experiencia clínica que Cerletti, en una reciente comunicación personal, menciona en que el número promedio de días de estancia hospitalaria de los depresivos maníacodepresivos en las instituciones italianas, bajó de 180 días a 31 después de la introducción de la TEC. Oltman y Friedmann encontraron que el 75 por ciento de los pacientes tratados con choques que necesitaron una hospitalización por su depresión fueron dados de alta antes de los dos meses en comparación con solo el 17 por ciento de un grupo de enfermos no tratado

b. Fase maníaca

La fase maníaca de la psicosis maníacodepresiva difiere un poco de la fase depresiva en su respuesta a la terapéutica convulsiva. La técnica de dos o tres tratamientos por semana es generalmente ineficaz en esta fase y motivó conclusiones desalentadoras al comienzo (Myerson). Los tratamientos aplicados a intervalos más cortos dieron mejores resultados y actualmente la técnica usual es dar dos o tres tratamientos en un mismo día. De esta manera se obtienen remisiones en dos o tres días (cinco o seis tratamientos) en maníacos que en episodios anteriores habían requerido veinte o más convulsiones.

Psicosis involutivas

a. Melancolía involutiva; depresiones en la vejez

Esta enfermedad ofrece los resultados más espectaculares de la terapéutica convulsiva. La proporción de remisiones en las depresiones involutivas puras alcanza la de las depresiones maníacodepresivas. El número necesario de tratamientos es el mismo que para las otras depresiones (de cinco a diez). Los pacientes del grupo involutivo de más edad tienden a mostrar una desorientación intensa con el tratamiento y por esto es preferible aplicar tres tratamientos solo en la primera semana y después seguir con intervalos mayores. Los resultados son igualmente buenos en las depresiones inhibidas que en las agitadas, y los fracasos se deben generalmente a la existencia de síntomas paranoides o esquizofrénicos mezclados. El pronóstico de las depresiones involutivas puras no está influido por la duración de la enfermedad, que en los casos no tratados puede ser mucho más larga que en las depresiones maníacodepresivas. Por lo tanto, la selección de tales casos en los departamentos para crónicos de las instituciones mentales proporciona resultados muy satisfactorios y contribuye a disminuir la población hospitalaria

Esquizofrenia

La terapéutica convulsiva se introdujo como un tratamiento para la esquizofrenia, y fue utilizada durante algunos años exclusivamente para esta enfermedad, pero los espectaculares resultados en los trastornos afectivos han eclipsado su efectividad en la esquizofrenia. Otra razón del porqué se considera todavía en controversia el valor de la terapéutica convulsiva en la esquizofrenia es que la importancia de un tratamiento largo y adecuado, postulado por la mayoría de terapeutas para el tratamiento insulínico no fue suficientemente puesta de manifiesto para la terapéutica con el metrazol. Cerletti, insistiendo sobre el mérito de Sakel, en reconocer la importancia de la aplicación repetida de los comas en el tratamiento insulínico, aplicó esta experiencia a la TEC, recomendando la aplicación de 15 a 40 convulsiones. Este requisito fue difícil de cumplir en el tratamiento metrazólico, aunque los autores italianos particularmente (Petri-Canella y Levi) insisten que sólo puede juzgarse el resultado después de treinta convulsiones. En la TEC puede aplicarse más fácilmente tal tratamiento intenso. En el reciente informe de López Ibor ante el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría, insistió nuevamente en la necesidad de series largas de tratamientos convulsivos en la esquizofrenia si se esperan resultados. El cumplimiento de este requisito por algunos y la negligencia

en el tratamiento por parte de otros, explica las estadísticas contradictorias de la TEC en la esquizofrenia.

(...)

Los médicos que tratan a sus pacientes hasta llegar a una desorientación completa (Loewnpch, Neymann) están plenamente satisfechos del valor de la TEC en la esquizofrenia. Tal "tratamiento confusional" requiere siempre terapéutica intensiva. No obstante, el "tratamiento confusional" no es una necesidad *per se*. Kalinowsky y Worthing, Gonda y otros terapeutas han demostrado que el tratamiento intensivo proporciona buenos resultados tanto si el paciente es conducido a propósito a un estado confusional por el tratamiento diario como si se evita esto mediante intervalos más largos de tratamientos. Reznikoff ha comunicado resultados insatisfactorios en aquellos pacientes a los que se aplicó solo de ocho a doce convulsiones.

(...)

En un grupo de 275 esquizofrénicos institucionales, tratados todos con un mínimo de veinte convulsiones, el porcentaje de remisiones fue del 68.3 por ciento en los casos de menos de seis meses de duración, del 41.5 por ciento en aquellos enfermos de seis a dos años y solo del 9.2 por ciento en los de más de dos años de duración de la enfermedad.

(...)

Una extensa revisión de los hospitales noruegos, presentada por Dedichen, llega al 63.3 por ciento de remisiones en los casos de menos de seis meses de duración y al 30 por ciento entre los seis y los doce meses de duración. En su comparación entre 1459 pacientes tratados y 969 no tratados encontró cuatro veces más remisiones en los casos de menos de seis meses y dos veces más en los de entre seis meses y un año de duración de su enfermedad en favor del grupo de pacientes tratados.

(...)

Los pacientes con esquizofrenias paranoides tardías, que desarrollan sus síntomas en la quinta o sexta década de su vida y que tienen poca o ninguna tendencia a la deteriorización, responden extremadamente mal a la TEC. Esto también ocurre en todos aquellos pacientes con personalidad bien conservada y con sintomatología pseudoneurótica (Hoch) eso es, en pacientes más jóvenes en que predominan los síntomas

neuróticos pero en un marco esquizofrénico que hace pensar que pertenecen realmente al grupo esquizofrénico. En algunas comunicaciones están descritos como esquizofrenias marginales o "ambulatorias". En algunas se observa una mejoría sintomática, pero se ve difícilmente una reversión duradera de este síndrome.

Psiconeurosis

La aplicación de la TEC en los psiconeuróticos está favorecida por la simplicidad de la técnica y la posibilidad de su aplicación ambulatoria. No obstante, los resultados en conjunto son desfavorables. Es de particular interés esta diferencia en la respuesta entre los neuróticos y los psicóticos.

Un estudio de Kalinowsky y col., diferenciando los diferentes grupos de psiconeurosis, señala lo siguiente: los pacientes con histeria ansiosa son los menos dóciles a la TEC; la mayoría no mejoran. Algunos se sintieron temporalmente relajados y menos tensos, otros se agravaron por el miedo al tratamiento o por los efectos secundarios, como la alteración de la memoria y la sensación de falta de realidad, que se presenta mucho más en los neuróticos que en los psicóticos. Esto ocurre particularmente en los pacientes bajo tratamiento psicoanalítico, en los que se utiliza la auto-observación y que devienen aturridos por los cambios perceptivos, que cada paciente experimenta con el tratamiento en relación consigo mismo y con el ambiente, efectos secundarios que la mayoría de los demás pacientes aceptan sin dificultad.

Los casos de histeria de conversión, tarde o temprano exhiben resultados insatisfactorios. Ocasionalmente, fueron influidos los síntomas de conversión, de la misma manera que pueden serlo por cualquier método sugestivo. Los pacientes, impresionados por la mejoría de otros requirieron el tratamiento y tuvieron más tendencia a mejorar. Los pacientes con síntomas depresivos subyacentes obtuvieron mejores resultados. Cernacek y también Meggendorfer han comunicado casos de éxito del tratamiento en parálisis histéricas y lo explican como un tipo de psicoterapia y esencialmente diferente del efecto de la TEC en las psicosis.

(...)

Las depresiones psiconeuróticas presentan los mejores resultados. Los cuadros depresivos mejoran con tres o cuatro tratamientos, como los otros tipos de depresiones. La actitud neurótica puede continuar ininfluida, pero la reacción eufórica que acompaña generalmente el curso del tratamiento hace que puedan afrontar sus problemas con nuevas confianzas. La buena respuesta de las depresiones reactivas aun de

larga duración fue demostrada por el estudio Myerson sobre “casos prolongados de reacción depresiva”.

En los neuróticos obsesivo-compulsivos los resultados son inciertos. La mayoría de pacientes no obtienen una mejoría duradera, pero manifiestan mejorías temporales. Aun cuando las compulsiones y obsesiones persistan después del tratamiento, disminuye frecuentemente la tensión emocional que las acompaña permitiéndoles una mejor adaptación a sus síntomas. Algunos se hacen en este estado más asequibles a la psicoterapia. Sin embargo, nuestra experiencia es que aun cuando los síntomas puedan borrarse por la amnesia desarrollada durante un curso largo de tratamientos poco espaciados, en la mayoría de los casos los síntomas reaparecen más pronto o más tarde con la misma intensidad.

(...)

En los psiconeuróticos admitidos en un hospital privado, Hamilton encontró que la TEC fue un factor útil en su programa de tratamiento. Es efectivo e modificar la forma de los síntomas neuróticos. Cuando los síntomas tales como el insomnio, depresión o manifestaciones obsesivas se reducen, el paciente se hace más confiable y más dócil a la sugestión. Los pacientes eran sometidos a una acción psicoterápica en el hospital antes de recibir el tratamiento y el tiempo promedio de hospitalización después del tratamiento fue de cuatro meses. Fueron sometidos a este régimen cincuenta pacientes, el 80 por ciento de los cuales se beneficiaron francamente, mientras que del mismo número de pacientes no tratados con choques en el mismo hospital solo mejoraron el 59 por ciento. Dos referencias favorables en psiconeuróticos estaban basadas en el “método intensivo” de la TEC (Milligan) o en el “método de aniquilación” (Bini y Bozzi). Milligan recomienda al comienzo cuatro tratamientos por día, pues cree necesario reducir el paciente al “nivel infantil, en el que está completamente incapacitado y doblemente incontinente”. Se da importancia a la rehabilitación y reconstrucción de la personalidad durante el período de recuperación. De 100 casos, el 51 por ciento se clasificaron como “remitidos” y el 45 por ciento como “mejorados”. Respondieron mejor los estados de ansiedad, la histeria de conversión y en segundo lugar los obsesivos-compulsivos. Bini y Bozzi obtuvieron resultados favorables, algunas veces solo después de una segunda serie de tal tratamiento

intensivo. No obtuvieron éxitos en síndromes histéricos. La comunicación de Milligan provocó muchas protestas. Nosotros podemos confirmar la ausencia de efectos perjudiciales duraderos de tales tratamientos, pero nuestros resultados así como los de Stengel con el tratamiento intensivo fueron desalentadores, con la excepción de unos pocos obsesivos.

(...)

Moriarty y Weil dieron un informe favorable sobre un grupo de psiconeuróticos tratados en un establecimiento psiquiátrico con TEC combinada con psicoterapia. Flescher, Selinsky y otros psiquiatras encuentran un ocasional éxito con el tratamiento para romper la resistencia del paciente a la psicoterapia. Se han obtenido también resultados en algunos síndromes especiales de probable origen neurótico. Así, la tartamudez ha sido tratada con éxito por Owen y Stermmerman después que la TEC hubo disminuido la tensión de estos enfermos. Tal uso de la TEC para hacer asequible el paciente a la reeducación del lenguaje parece otro intento para hacer posible la psicoterapia y readaptación. Algunos trastornos psicósomáticos han sido sometidos a la TEC con más o menos éxito. Algunos de ellos los mencionaremos luego en el grupo de “trastornos diversos”. Es evidente que la TEC se aplica con frecuencia en los neuróticos, unas veces porque ha fracasado todo y otras por razón de su simplicidad. El uso sin distinciones en los neuróticos es especialmente apropiado para el descrédito del método.

(...)

En los neuróticos no se ve nunca la súbita desaparición de los síntomas después de unos pocos tratamientos; la mejoría, si ocurre, se presenta de manera gradual, contrariamente al cambio repentino de los psicóticos.

(...)

En resumen, con la excepción de las depresiones psiconeuróticas, el tratamiento de las neurosis con la TEC es en conjunto insatisfactorio ... Cuando se intenta esta forma de terapéutica, debe emplearse en unión con la psicoterapia que es el tratamiento de elección en las psiconeurosis.