

Dr. Jorge Jordán Subat y Eugenio Aragón Cruz

Estudios psicológicos en lobotomizados

INTRODUCCION



LN los últimos decenios, la medicina se ha ido preocupando, con intensidad cada vez mayor, de la comprensión de los procesos psicopatológicos. La psiquiatría va recorriendo el camino que la lleva a transformarse en una ciencia, abandonando por lo tanto, la visión de los problemas en forma subjetiva basada en la mayor o menor experiencia y capacidad de sus clínicos.

La necesidad de un estudio objetivo del enfermo, que considere todas las facetas que pueden influir en la gestación de la afección, del grado de enfermedad que exista en un momento dado, de la buena aplicación de las terapias modernas, de la medición de sus éxitos y fracasos, etc., ha hecho que día a día se agreguen nuevos profesionales en el equipo de ayuda al médico psiquiatra en sus labores diagnósticas, de pronóstico y tratamiento.

Primero fué la visitadora social la que aportó sus conocimientos, para el estudio de casos individuales, luego la enfermera universitaria con su preparación moderna de atención al paciente y con posibilidades de acción sanitaria psiquiátrica, es decir, higiene mental.

El último lustro nos da al psicólogo clínico, técnico paramé-

dico cuyo dominio de métodos objetivos de estudio hacen que la labor médica sea facilitada y enriquecida (1).

El papel del psicólogo se ha ampliado con la contribución de la psicología aplicada al conocimiento de diferentes manifestaciones normales del ser humano, hermanándose a la psiquiatría, en donde el estudio profundo de las enfermedades mentales precisa de la investigación psicológica. Corresponde al psicólogo clínico el examen de las aptitudes en cuanto a sus variaciones y alteraciones en los enfermos, contribuyendo a la formulación del diagnóstico y pronósticos psiquiátricos.

Sólo el problema de la exploración de la inteligencia es ya un vasto campo en el que la labor del psicólogo se relaciona con otros tantos problemas individuales y sociales.

En la labor de cooperación en el equipo psiquiátrico se señalan las funciones siguientes:

a) *Función psicométrica.*—La responsabilidad de la investigación científica, lo más objetiva posible, recae precisamente en el papel que al psicólogo le toca desempeñar a través de la psicometría. Pero debe entenderse que esta función psicométrica no puede reducirse exclusivamente a la cuantificación estadística fría, sino que a esto debe agregarse la interpretación dinámica de cada dato dentro de la complejidad del cuadro psicopatológico o de la estructura psicofisiológica.

b) *Función de investigación.*—Junto al psiquiatra, el psicólogo clínico podrá dedicarse a la investigación y experimentación en base a las técnicas objetivas que domine, permitiendo verificar o precisar las hipótesis que la clínica formule. En este sentido, este trabajo, creemos, permite apreciar la función de investigación.

c) *Función de cooperación al equipo psiquiátrico.*—La coordinación del trabajo por equipos impone un permanente intercambio de conocimientos en la especialidad de cada uno de los componentes del grupo. El psicólogo debe contribuir a informar, dando algunos alcances del valor y significado de sus técnicas, en aquellos aspectos

en que las otras especialidades no permiten profundizar por su propia cuenta.

El presente trabajo tan sólo nos muestra un aspecto de la utilidad del psicólogo clínico: las técnicas psicométricas. Y aún éstas, las hemos usado en forma restringida, con la intención de estudiar dos alteraciones del psiquismo: la agresividad y el déficit intelectual adquirido.

Con ello pretendemos valorar el beneficio real que pudiera dar una de las adquisiciones más recientes de la terapéutica neuropsiquiátrica, es decir, la lobotomía prefrontal.

En el segundo Congreso Internacional Neurológico de 1935, diversos investigadores aportaron contribuciones científicas al mejor conocimiento de la función del lóbulo frontal, adjudicándole funciones que van desde lo neurovegetativo hasta las funciones psíquicas más elevadas (8).

Ello llevó al profesor portugués Egaz Moniz a considerar que ciertos trastornos mentales, en los que priman factores tímicos, se deberían a la presencia de conexiones fibrilares aberrantes por donde se descargaría la energía nerviosa, dando como resultado el pensamiento patológico. Supuso, por lo tanto, que la sección de estas vías asociativas conduciría a la curación de estados mórbidos como la melancolía, neurosis obsesiva, estados de ansiedad, miedo, agitación, agresividad, etc.

Desde su primera operación, 12 de noviembre de 1935, y la aparición, tiempo después, de su monografía, muchos autores han publicado sus experiencias, tanto en el extranjero como en los círculos científicos chilenos. Se agregan al nombre de Egaz Moniz; los de Walter Freeman, James Watts, Hofstatter, Poppen y otros. En Chile, Alfonso Asenjo y sus colaboradores tienen la casuística mayor de intervenciones, y es a base de sus enfermos que hemos hecho el presente trabajo (6).

Entre los clínicos, los resultados de esta terapéutica, y por consiguiente sus indicaciones, son confusos. Hay autores que niegan su utilidad en todos aquellos casos en que han existido sínto-

mas de agresividad, ya que al suprimirse la actividad del lóbulo frontal, se exaltarían estas tendencias que serían frenadas por dicho sector cerebral (19). Otros indican resultados exitosos, precisamente en enfermos agresivos o con agitación psicomotora, pero ligan estas mejorías a diversos diagnósticos (17-20-21-22).

Otro factor de confusión es la época en que debe lobotomizarse una afección mental, si esta terapéutica es sintomática o va a suprimir la afección misma.

La experiencia en Chile se ha efectuado de preferencia en enfermos crónicos, cuyo problema asistencial era una agitación psicomotora frecuente, acompañada generalmente de agresividad. La supresión de estos síntomas, como también el estudio de la acción de la lobotomía en diversos cuadros psiquiátricos, fué y es el motor de estas intervenciones quirúrgicas.

Sin embargo, los clínicos han podido observar que pasado el estado de confusión y somnolencia postoperatorio, se van produciendo cambios en los pacientes, de los cuales los más importantes serían la reaparición de la agresividad, el esbozo de síntomas demenciales como disminución de la iniciativa, exaltación de la vida vegetativa, empobrecimiento de la personalidad, gatismo y, en ocasiones, ataques epileptiformes (17-18-19).

Estas apreciaciones clínicas nos han llevado a considerar interesante la aplicación de técnicas psicométricas como el test de Wechsler y el miokinético de Mira y López, para detectar objetivamente la presencia de estas alteraciones en un grupo de lobotomizados, cuyas variaciones clínicas se han estudiado en el Manicomio Nacional. Dado que el material de enfermos posee en su mayoría sintomatología precisa, permite a nuestro trabajo valorizar a su vez la utilidad y margen de error que tienen las técnicas psicométricas.

MATERIAL

Considerando que la lobotomía había sido practicada en general para paliar la agitación psicomotora, y que su evolución poste-

rior expresaba presencia de alteraciones intelectuales y decadencia de la personalidad, eligimos los tests de Wechsler y el miokinético de Mira.

Los 32 pacientes sobre quienes se hizo esta investigación se eligieron según reunieran las siguientes condiciones:

- a) Observación clínica suficiente, pre y postoperatoria;
- b) Diagnóstico más o menos preciso;
- c) Postoperatorio mayor de cuatro meses.

Estos enfermos están reclusos en el Manicomio Nacional y en el Asilo Colonia del Peral.

De ellos el mayor grupo lo forman esquizofrenias en número de 24, de los cuales 5 además presentaban un déficit intelectual congénito.

Los ocho restantes tienen diagnósticos diversos que se agrupan en tres psicosis asociadas a locura moral, dos de ellas perfectamente conocido su origen encefalítico, dos psicosis maniaco-depresivas, dos psicosis epilépticas, y una oligofrenia en grado de imbecilidad (ver cuadro N.º 1).

Como este grupo corresponde aproximadamente a la cuarta parte de los enfermos lobotomizados en Chile hasta la fecha, es obvio que, salvo su sintomatología, peca la heterogeneidad en varios factores.

Gran parte de ellos han sido sometidos a la intervención, después de haberse agotado diversas terapias de shock durante largos períodos, sin resultados duraderos. Sus edades fluctúan entre 17 y 59 años, con un promedio de 36 años. El sexo se repartió en 21 mujeres y 11 hombres.

El estudio con los tests se hizo exigiendo un mínimo de 4 meses de postoperatorio, considerando que si el tiempo era menor, se podrían tener conclusiones erróneas, motivadas por la sintomatología perteneciente al shock operatorio mismo. En general, el postoperatorio tuvo un promedio de 2 años y 8 meses, y su rango fué entre 4 meses y 6 años.

1.—DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE POSTOPERATORIO DE LOBOTOMIZADOS (Manicomio Nacional, Chile 1951).

Caso No.	Edad	Sexo	Años de Preoperatorio	Años de Postoperatorio		Diagnóstico
1	50	F	22	6		Esquizofrenia
2	47	F	13	6		Esquizofrenia
3	44	F	11	6		Esquizofrenia
4	37	F	11	6		Esquizofrenia
5	27	M	8	6		Esquizofrenia y Oligof.
6	31	M	6	6		Esquizofrenia
7	39	F	1	6		Esquizofrenia
8	40	F	1	6		Esquizofrenia
9	44	F	14	4		Esquizofrenia
10	48	F	6	4		Psicosis maníaco-depresiva
11	31	F	5	3 años	6 meses	Esquizofrenia
12	36	M	4	3 años	6 meses	Esquizofrenia
13	35	F	2	3 años	6 meses	Esquizofrenia
14	33	M	18	3		Locura moral
15	29	F	6	3		Esquizofrenia
16	25	F	3	3		Esquizofrenia
17	32	F	2	2 años	6 meses	Esquizofrenia
18	56	F	32	2		Psicosis maníaco-depresiva
19	25	M	10	2		Psicosis epiléptica
20	36	F	15	1 año	6 meses	Esquizofrenia y Oligof.
21	36	M	27	1 año	3 meses	Locura moral
22	38	F	11	1 año	3 meses	Esquizofrenia y Oligof.
23	59	M	33	1		Esquizofrenia
24	27	F	18	1		Imbecilidad
25	36	M	15	1		Esquizofrenia
26	48	F	14	1		Esquizofrenia
27	17	F	3	1		Psicosis epiléptica
28	20	F	7	0	4 meses	Esquizofrenia
29	27	M	4	0	4 meses	Esquizofrenia y Oligof.
30	37	F	4	0	4 meses	Psicosis asoc. a Oligof.
31	21	M	2	0	4 meses	Esquizofrenia
32	43	M	2	0	4 meses	Esquizofrenia

DESCRIPCIONES DE TESTS

TEST MIOKINÉTICO

El psicodiagnóstico miokinético (P. M. K.), es un instrumento de exploración, destinado al diagnóstico y pronóstico, mediante las tendencias dominantes del individuo expresadas a través de los movimientos realizados en los tres planos del espacio: sagital, horizontal y vertical.

En 1935 comenzó Mira y López sus primeras experiencias, en el Instituto Psicotécnico de Barcelona, para comprobar si los distintos tipos de caracteres individuales se revelaban mediante los movimientos ejecutados en los planos lineales, resultando evidente la posibilidad de establecer que "las oscilaciones y desviaciones de los movimientos realizados en el plano vertical parecían corresponder a las variaciones de la tensión corativa (psicomotriz), de tal suerte que las desviaciones ascendentes reflejaban su aumento (elación) y las descendentes su disminución (depresión). En cambio, las oscilaciones y desviaciones en el plano sagital se hallaban relacionadas aparentemente con la actitud de reacción egocífuga o egocípeta del sujeto, o, dicho de otro modo, con la intensidad y el sentido de la agresividad".

Haciendo referencia a sus primeras investigaciones, Mira y López expresa que todas ellas tienen el mérito de ofrecer "la posibilidad de hallar un criterio objetivo, no sólo de la agresividad actual, sino de la agresividad potencial de un sujeto, cualquiera —delincuente, enfermo mental, o supuesto normal— mediante una técnica sencilla y rápida".

Después de la exposición de Mira y López, el 20 de octubre de 1939, ante la Royal Society of Medicine, en Londres, se han interesado otros investigadores, llegando a establecer conclusiones similares al respecto. El doctor Gilberto Ortiz González, en su tesis de grado, establece que mediante la asociación de agresividad, excita-

ción y extroversión es posible detectar el grado de peligrosidad de un individuo cualquiera. Sus experiencias estuvieron dirigidas tanto en el campo delincencial y normal como en sujetos alienados, afirmando que "la conocida peligrosidad de los alienados, es acusada igualmente por el psicodiagnóstico miokinético".

Por su parte, Cousiño Mac-Iver confirma que "el hombre normal se diferencia del delincuente por poseer mayor capacidad de dominio de su agresividad constitucional".

Finalmente, Serebrinsky y López Gomara han hecho trabajos sobre las desviaciones y promedios de la agresividad a través del P. M. K.

Posteriormente, el propio Mira y López realizó una investigación más amplia, tomando grupos representativos de sujetos primitivos, delincuentes, normales y con desajuste neurótico y social. investigación que fué confirmada en un trabajo realizado por el profesor Alfredo Oliveira al determinar el índice de agresividad en homicidas, indios y normales, contribuyendo a afirmar la efectividad del P. M. K. para la exploración de la agresividad, emotividad y tono psicomotor.

Todas estas experiencias nos hicieron pensar en la objetividad del test, y en la confianza que ella nos confería hicimos basar nuestra seguridad de que contábamos con una técnica válida para el examen de nuestros enfermos lobotomizados.

En la actualidad la prueba consta de dos partes:

- a) los lineogramas fundamentales, con distribución de líneas en los tres planos, y
- b) Las figuras complementarias, destinadas a confirmar los resultados obtenidos.

Nosotros utilizamos la prueba completa valiéndonos de las seis hojas en que se distribuyen las figuras modelo, y un atril que nos permitía la colocación vertical en los casos requeridos. El sujeto permaneció en la posición normal, sentado frente a la mesa de examen.

Para la evaluación de los resultados tomamos en consideración

las conclusiones finales que el autor de la prueba nos ofrece, y que escuetamente enumeramos a continuación:

1. Las desviaciones operadas en el plano vertical corresponden a variaciones del tonismo psicomotor, pudiendo ser ellas: positivas, si la desviación se presenta hacia arriba, y negativas, si se presenta hacia abajo. Transcribimos acá las propias palabras del doctor Mira: "el ajuste (desviación primaria nula) o la positividad (ascenso) del lineograma vertical izquierdo indica un buen temple o tono kinético constitucional, y es, por tanto, buen indicio de reserva energética (vital) en quien lo presenta. Si además se produce en el lineograma derecho, evidencia que el sujeto se encuentra en período o estado de excitación psicomotriz patológica". El doctor Ortiz González, refiriéndose al grado de excitación, expresado en el plano vertical, dice que basta con que el sujeto se mantenga al nivel de la línea modelo, para considerarlo como tendiente a la excitación. La desviación primaria negativa en el lineograma vertical izquierdo "indica la existencia de una hipostenia constitucional". Esta desviación adquiere significado cuando excede de 1.5 cm. Y la desviación negativa vertical derecha, mayor de 2.5 cm. nos indicará la existencia de una hipotensión kinética actual.

2. Las desviaciones en el plano horizontal están referidas a las "fluctuaciones en la focalización atenta". Ellas pueden ser, positivas si la dirección se orienta hacia afuera, y negativas si la dirección se orienta hacia adentro.

La desviación primaria positiva, en este plano, expresa la tendencia a la extroversión, y la negativa a la introversión, adquiriendo significado cuando excede de 1 cm.

3. Las desviaciones en el plano sagital tienen relación con las "variaciones en la escala psicoestésica" (apatía-irritabilidad), midiendo así la agresividad. Ellas pueden ser, positivas si se dirigen hacia adelante (heteroagresividad) y negativas si se dirigen hacia atrás (autoagresividad). Esta desviación adquiere significado cuando siendo positiva excede de 2.8 cm. Un sujeto es carente o defici-

tario de agresividad, cuando la desviación positiva es menor de 0.5 cm.

Por nuestra parte, y apoyándonos en observaciones realizadas sobre las combinaciones que la agresividad potencial y actual puede tener con la excitación y el tono kinético, así como con las tendencias introtensivas y extrotensivas, tomamos en consideración estos elementos para el estudio de los diferentes kinetogramas en los sujetos de nuestra experiencia.

El P. M. K. asigna a los trazados de la mano izquierda la calidad de resultados de actitudes genotípicas, las cuales tienen su asiento en ese sector de la personalidad que puede llamarse inconsciente, automático, arcaico, constitucional, incondicionado, permanente o profundo. De aquí que la agresividad tenga un significado potencial cuando el signo predominante se registra en las desviaciones del lado izquierdo, en oposición a los signos aparecidos en la mano derecha que refleja el estado actual, aspecto reciente, condicionado, valorado o superficial de la personalidad. Los rasgos predominantes de la mano derecha reflejan, por lo tanto, la agresividad actual.

Ahora bien, la función de los tres planos se relaciona con otros tantos aspectos que integran la conducta corativa del sujeto.

Los movimientos en el plano sagital corresponden a "una orientación espacial que establece una relación directa entre el yo y el mundo circundante" (V. Monakov, citado por César G. Coronel). Esta relación puede establecerse en el sentido de la "atracción" y de la "repulsión", surgiendo de aquí posteriormente las tendencias agresivas y defensivas. Por eso este plano determina fundamentalmente la agresión en sus grados de normalidad y alteración.

En el movimiento horizontal o transversal se ha encontrado la representación de las tendencias introversivas y extroversivas, cuya base se encontraría en la "correspondencia con la síntesis funcionales organizadas preferentemente para atender la satisfacción y mantenimiento del yo, sin perder, pero superando un poco, aquello agresivo y defensivo de su originario significado" (7).

Mira y López dice: "las oscilaciones y desviaciones de los movimientos realizados en el plano vertical parecían corresponder a las variaciones de la tensión conativa (psicomotriz), de tal suerte que las desviaciones descendentes reflejan su aumento (elación) y las descendentes, su disminución (depresión)" (11). Por eso al trazado se le asigna la representación del tono kinético constitucional, o el grado de excitación y depresión con que el sujeto resuelve la fase final del "ciclo reaccional".

El grado de peligrosidad puede despistarse con los datos proporcionados por el psicodiagnóstico miokinético mediante la combinación de los elementos dados por los trazos en los tres planos: tensión psicomotora, dirección de la agresividad y relación con el medio ambiente, que adquieren integridad y perfección según la acción de los mecanismos de control.

Nosotros, de acuerdo con los elementos que determinan la mayor o menor peligrosidad, consideramos como grado máximo la combinación: agresividad potencial (P), agresividad actual (A), tono kinético constitucional (C ó c) y excitación (E ó e).

La concurrencia de los cuatro elementos, cualesquiera que sean los grados del tono kinético (C: elevado; c: normal) o los de la excitación (E: franca; e: posible), nos hace pensar en agresividad psicométrica.

A estas combinaciones de cuatro elementos les hemos asignado dos signos positivos (++) como grado de mayor agresividad. Cuando faltó uno de estos elementos les asignamos solamente un signo positivo (+); y en ausencia de dos o más elementos, calificamos con un signo negativo (—).

De esta manera hemos logrado obtener un procedimiento sencillo de expresar los rasgos de los diferentes kinetogramas y poder confeccionar nuestras tablas de resultados.

TEST DE WECHSLER

El test de Wechsler, además de ser una prueba especialmente elaborada para la exploración de la inteligencia de adultos,

ofrece la garantía de poder diagnosticar el grado de compromiso de la inteligencia derivado del proceso de declinación normal (deterioración fisiológica), o por la acción de determinada lesión de la personalidad (deterioración patológica).

David Wechsler se preocupó de una escala que, en lo posible, se apartara de la demasiada dependencia que la mayoría de los tests presenta con respecto a las pruebas para niños de edad escolar. El consideraba que el primer problema a abordar consistía en elaborar un test de inteligencia para adultos.

Pero junto a la idea de una nueva escala, apareció la necesidad de revisar algunos conceptos tradicionales, como Edad Mental y C. I., dando un nuevo método para calcular este C. I., en el que se tomaba en consideración la edad cronológica del individuo, en oposición a los métodos antiguos, que establecen un punto límite para esta consideración (16 años, por ejemplo).

De esta manera Wechsler dió una nueva clasificación de los diferentes niveles de inteligencia, que dejó de ser artificial como las corrientemente en uso, y partiendo de la frecuencia estadística optó la siguiente nomenclatura:

Defectuosos	con C. I. de	65 y más bajo
Limítrofes	con C. I. de	66 a 79
Torpe-normales	con C. I. de	80 a 90
Medios	con C. I. de	91 a 110
Brillante-normales	con C. I. de	111 a 119
Superiores	con C. I. de	120 a 127
Muy superiores	con C. I. de	128 y más alto

Otro gran problema que abordó Wechsler fué el de la deterioración mental. Dice el autor al respecto: "en concreto se puede considerar que una persona da evidencias de deterioro mental, cuando ya no puede cumplir sus tareas intelectuales con la rapidez y exactitud o eficiencia que anteriormente eran características de su nivel de funcionamiento".

Según esto hay tres hechos que considerar en el problema de

la deterioración: grado de exactitud, grado de rapidez y grado de eficiencia anteriores. Es decir, que el decaimiento de la inteligencia sólo puede medirse en cuanto sea posible seguir el curso del proceso deteriorativo, o en cuanto se haya podido evaluar la exactitud, rapidez y eficacia anteriores. Sin embargo, esto último no es tan absoluto como para considerar imposible una determinación relativa de la deterioración por otro medio.

Ya en 1920 Yoakum y Yerkes habían señalado que después de los 20 años se operaba una pequeña declinación, acentuándose después de los 40.

En 1933 Jones y Conrad advirtieron que la declinación no era igualmente dada en todos los tests del Army Mental Test Alpha, siendo en unos más acentuada que en otros.

Con la prueba de Otis se había explorado también el ritmo de declinación, observando que la curva tenía su nivel máximo desde los 18 hasta los 45 años, a partir de los cuales comenzaba la declinación, acelerándose después de los 70.

Harriett Babcock, en 1930, había propuesto un método de la medida de la deterioración basado en investigaciones sobre el test de vocabulario, el cual se presentaba como muy resistente a la deterioración, y de una alta correlación con la inteligencia general.

La deterioración puede ser considerada, desde el punto de vista de su extensión, como general y específica, y desde el punto de vista de su calidad, como fisiológica (la operada por el aumento de la edad después del período de madurez), y patológica (la operada a consecuencia de una lesión del cerebro o de una prolongada enfermedad). En nuestro caso nos interesaba investigar la deterioración general patológica.

Las investigaciones realizadas habían arribado a estas conclusiones: a) El vocabulario presenta una alta saturación del factor "g", y, por lo tanto, puede servir para medir la deterioración general; b) El vocabulario es uno de los tests más resistentes, tanto a la deterioración fisiológica como a la patológica.

Esta propiedad de estabilidad hizo que el test de vocabulario fuese utilizado para medir las posibilidades de eficiencia original, al mismo tiempo que otro test, de los que declinan fácilmente, medía la eficiencia actual. De éstos dos resultados se deducía la deterioración.

El segundo test que se usa, como término de comparación, es sumamente variado, yendo desde la escala de Binet, utilizada por primera vez por Fry en 1930, hasta un test de facto "g", como las matrices progresivas de Raven usadas por Himmelweitt y Eysenck en 1945.

Sin embargo, muchos investigadores han hecho notar que la estabilidad del vocabulario es relativa, pues en deterioraciones profundas presenta una declinación objetiva. Capps, Brody y otros constataron este hecho en los dementes epilépticos, y Roe y Shakow en la parálisis general.

Wechsler, en 1939, ampliando el principio en que se basa el método de Babcock, elaboró una batería de tests para medir las posibilidades originales del sujeto y otra batería para medir sus posibilidades actuales. A la primera batería la denominó "tests que se mantienen", y a la segunda, "tests que no se mantienen".

*El primer grupo está
formado por:*

*El segundo grupo está
formado por*

Información

Comprensión (o Vocabulario)

Ensamblaje

Composición

Dígitos

Aritmética

Símbolos

Cubos

Comparando la suma de los puntajes de las cuatro pruebas "que se mantienen" con la suma de las "que no se mantienen", se obtiene la deterioración de acuerdo con las siguientes normas:

a) La deterioración puede expresarse en porcentajes de pérdida (%P) usando la fórmula:

$$\% P : \frac{(T_{s/m} - T_{n/m}) 100}{T_{s/m}}$$

b) El cálculo de la deterioración patológica debe tomar en cuenta la medida de la deterioración fisiológica. Como Wechsler proporciona tablas para el cálculo de la pérdida fisiológica y el coeficiente de eficiencia, de acuerdo con la edad, a nosotros se nos hacía relativamente fácil conocer la deterioración patológica real, restando al resultado de la primera fórmula la deterioración fisiológica dada en la tabla respectiva, quedando la fórmula definitiva así:

$$DP : \%P - DF$$

c) Puede calcularse también el coeficiente de eficiencia por medio de la operación siguiente:

$$C.E. : \frac{(T_{n/m}) 100}{T_{s/m}}$$

Wechsler considera que, según el grado de intensidad, la deterioración puede ser posible o definida, según que la pérdida sea superior al 10% o al 20% respectivamente.

Desde el punto de vista clínico, el hecho de la deterioración mental adquiere mayor significado porque él es el punto de partida para el valor diagnóstico del test. "Cada vez que un trastorno mental produce un cambio en las capacidades funcionales del individuo, la pérdida resultante no es uniforme, sino que afecta a ciertas capacidades más que a otras" (3). Como reglas generales pueden tomarse las siguientes: a) En la mayoría de los trastornos mentales, la perturbación del funcionamiento es mayor en aquellas habilidades de carácter manual que en las de carácter verbal; psi-

cosis, enfermedades orgánicas, psiconeurosis; b) Los psicópatas (sin psicosis) y los deficientes mentales rinden mejor en las pruebas de carácter manual; c) Los sujetos de inteligencia superior normalmente rinden mejor en la parte verbal; d) Los sujetos de inteligencia inferior rinden mejor en la parte manual.

Un perfil, elaborado con la distribución de los once subtests de la batería, permite conocer el contexto global de la inteligencia en cada caso.

Nosotros usamos los dispersiogramas valiéndonos de los signos psicométricos que da Wechsler, asignándole a cada desviación uno o dos signos de la manera siguiente:

Puntajes desviados del promedio entre	1.5 y 2.5	1 signo más	(+)
Puntajes desviados del promedio entre	-1.5 y -2.5	1 signo menos	(-)
Puntajes desviados del promedio entre	3 ó más	2 signos más	(++)
Puntajes desviados del promedio entre	-3 ó más bajo	2 signos menos	(--)
Puntajes desviados del promedio entre	1.5 y -1.5	cero desviación	(0)

Nosotros tomamos en consideración, tanto el cálculo de la deterioración a base de los tests que "se mantienen" y los tests que "no se mantienen", como los signos psicométricos y otros indicadores cualitativos para determinar aproximadamente la pérdida intelectual de nuestros sujetos.

Rappaport ha establecido una serie de conclusiones diagnósticas en cada una de las once pruebas de la batería, que nosotros no hemos desestimado en nuestro estudio, pero que hemos considerado solamente como datos auxiliares.

Debemos agregar que no obstante el mérito reconocido al test, tropezábamos con el hecho real de no contar con una adaptación de la Escala Wechsler-Bellevue. Béla Székely nos da una forma en castellano adaptada al medio argentino, pero nosotros preferimos emplear la forma dada en la Clínica de Psiquiatría Infantil "Arturo Vivado Orsini" de la Universidad de Chile, por considerarla más ajustada al medio chileno.

DISCUSION

De los 32 enfermos, sobre quienes se hizo el presente estudio, 4 de ellos no permitieron la aplicación de ambas pruebas psicométricas. Además el caso N.º 13 fracasó en el miokinético de Mira, por presentar estado de agitación intensa, durante el cual agredió al examinador. Sin embargo, fué posible obtener, en un momento afortunado la realización del test de Wechsler.

Las causas del fracaso fueron: 1) Agresividad mantenida en los pacientes N.ºs 13 y 24, que agredieron ambos al examinador; 2) Cuadros de psicosis profundas, con rasgos de demenciación clínica acentuada, en los enfermos N.ºs 16, 19, 25 y 29.

Concluimos, por lo tanto, que un porcentaje, que en nuestra experiencia resultó del 16%, no puede ser estudiado psicométricamente.

PSICODIAGNÓSTICO MIOKINÉTICO

A pesar de que este test no es de uso importante en la medición de la deficiencia intelectual, consideramos en sus resultados las alteraciones observadas de esta función, si bien no clasificando el grado de alteración sino solamente la presencia de ella.

De nuestros 32 enfermos, disminuídos a 27 por 5 que no efectuaron el test, tanto por falta de interés, como por rechazo franco, todos, menos uno, acusaron signos de debilitamiento de las facultades intelectivas.

No pondremos mayor énfasis sobre estos resultados, dado que los consideramos de poco valor, ya que, como se puede observar en el cuadro N.º 3, no se pronuncian sobre los diversos grados de la deficiencia intelectual que da la observación clínica.

El estudio de la agresividad en los 27 enfermos que efectuaron la prueba presentó resultados variados que entraremos a analizar a

continuación, sin relacionarlos, por el momento, con la presencia mayor o menor de peligrosidad evidenciada clínicamente

Como dejamos establecido en la descripción del miokinético de Mira y López, hemos considerado cuatro factores para medir el grado de peligrosidad de nuestros enfermos. Los resultados que obtuvimos en nuestra experiencia no fueron homogéneos, sino que estos factores se combinaron en forma tal que obliga a un análisis más detallado.

El 29% de los protocolos permiten indicar ausencia de peligrosidad. Cinco de ellos carecían de signos patológicos de agresividad, con tono kinético constitucional bajo. Demuestran, por lo tanto, un estado de depresión con variable grado de hipostenia constitucional, con excepción del caso N.º 20, en quien la astenia no es muy evidente. El enfermo N.º 22 es un buen ejemplo de los excepcionales casos en los cuales el trazado sagital se desvía en dirección del propio sujeto (autoagresividad).

Entendemos que esta carencia de signos de heteroagresividad en este grupo de enfermos corresponde, por una parte a las bajas condiciones del tono kinético, y por otra parte, al predominio de las tendencias introversivas de ellos, con excepción, como es natural, del caso de autoagresividad

Se agregan a este grupo de carentes de signos agresivos a la psicometría, los casos N.ºs 1, 4, y 32. El N.º 1 evidencia un tono kinético normal injertado en un compromiso psicótico importante, con lesión profunda de la personalidad, lo que el test refleja por la desviación axial franca, por la desorientación en el trazado y por los temblores seniles. Es de suponer que esta alteración está influyendo en forma decisiva en la desaparición de la agresión, que clínicamente la enferma presentó durante años antes de ser operada. Esta pérdida de la función patológica podría deducirse del test al observar que las desviaciones sagitales se encuentran aún muy cercanas a los promedios estadísticos que limitan lo normal de lo patológico.

Los casos 4 y 32 dan signos de agresividad potencial y tono kinético normal, lo que podría interpretarse teóricamente como presencia latente de peligrosidad que no se expresa por algún factor dado. El estudio de los protocolos de estos enfermos nos indican, sin embargo, que se encuentran posiblemente muy predispuestos a actualizar su agresividad, y que sólo un estado de depresión ocasional no ha permitido su aparición significativa en la prueba de Mira, tomando en cuenta que unido al signo de agresividad potencial, como es la desviación primaria positiva en el trazado izquierdo sagital, se observa tendencia a la extroversión y gran impulsividad de los trazados.

Podríamos también interpretar que en ambos pacientes el proceso psicótico sigue un curso invasor de afuera adentro, y en ellos la depresión terminará sobreponiéndose a la agresividad potencial. Esta interpretación se verá corroborada por el hecho que el trazado del caso 32, correspondiente a un enfermo de más edad (43 años por 37 años del caso N.º 4), dan mayor grado de invasión del sector profundo de la personalidad por los signos depresivos (caída vertical izquierda) y superior alejamiento de la agresividad actual de la esfera fenotípica (desviación sagital derecha).

Dieciocho enfermos, o sea el 67% de los que efectuaron la prueba, expresa signos suficientes para considerarlos con peligrosidad actual. Diez de ellos, concurren con los cuatro factores positivos, cuya presencia consideramos importante como expresión de la heteroagresividad. Las combinaciones fueron diversas (ver cuadro N.º 2) en cuanto a las variaciones del tono kinético, desde normal elevado, y de la excitación que fluctuó desde posible a franca.

2.—PSICODIAGNÓSTICO MIOKINÉTICO EN LOBOTOMIZADOS
(Manicomio Nacional. Chile, 1951)

Caso No.	Agresividad		Tono kinético	Excita- ción	Déficit intelec- tual	Otros rasgos
	Potencial	Actual				
1	—	—	Normal	—	Déficit	—
2	Potenc.	Actual	Normal	Franca	Déficit	—
3	Potenc.	Actual	Normal	—	Déficit	Introversión
4	Potenc.	—	Normal	—	Déficit	Extroversión
5	—	—	Normal	Posible	Déficit	Depresión (autoagres.)
6	Potenc.	Actual	Normal	—	Déficit	Introversión
7	Potenc.	Actual	Elevado	Posible	Déficit	Introversión
8	Potenc.	Actual	Normal	—	Déficit	Extroversión
9	Potenc.	—	Normal	Posible	Déficit	—
10	Potenc.	Actual	Normal	—	Déficit	—
11	Potenc.	Actual	Elevado	Franca	Déficit	—
12	Potenc.	Actual	Elevado	Franca	Déficit	—
14	—	—	Bajo	—	—	Depresión (hipostenia)
15	Potenc.	Actual	Elevado	Franca	Déficit	—
17	—	—	Bajo	—	Déficit	Depresión (hipostenia)
18	Potenc.	Actual	Normal	—	Déficit	Extroversión
20	—	—	Bajo	—	Déficit	Depresión (hipostenia)
21	Potenc.	Actual	Normal	—	Déficit	—
22	—	—	Bajo	—	Déficit	Autoagresión
23	Potenc.	Actual	Elevado	Franca	Déficit	Extroversión
26	Potenc.	Actual	Elevado	Posible	Déficit	—
27	Potenc.	Actual	Normal	Franca	Déficit	Introversión
28	Potenc.	—	Normal	Franca	Déficit	—
29	—	—	Bajo	—	Déficit	Depresión (hipostenia)
30	Potenc.	Actual	Elevado	Posible	Déficit	—
31	Potenc.	Actual	Normal	Posible	Déficit	—
32	Potenc.	—	Normal	—	Déficit	Extroversión

(Los casos 13, 16, 19, 24 y 25 no aceptaron el test).

Los ocho restantes carecían de uno de estos factores. En seis de ellos no hubo signos de excitación. Los otros dos enfermos, números 9 y 28, se presentan con excitación, Pero con falta de agresividad actual. Esta aparente incongruencia podría explicarse al observar que en el caso N.º 9 priman signos de introversión y presen-

cia de depresión ocasional, quienes estarían influyendo en la no significación de los trazos que indican la agresividad actual (sagital derecha), no permitiendo alcanzar los límites esperados por lo observado en la esfera constitucional. Si agregamos a su vez, que los rasgos del trazado son débiles, podemos suponer la sumación de un factor emocional concomitante.

Ante esta imposibilidad de orientar su tensión congénita hacia el exterior, podemos pensar que está en juego un mecanismo de autoagresión, en virtud del cual las fuerzas pulsionales están dirigidas hacia el propio sujeto y, por lo tanto, no se exteriorizarían psicométricamente.

Otro tanto podría pensarse del caso N.º 28, con la salvedad de que en éste la energía kinética actual sólo expresa un estado transitorio de posible excitación, mientras que un estado depresivo congénito se opone a la expresión actual de la agresividad potencial.

En otras palabras, el contrasentido que señalamos quedaría explicado por la presencia de factores depresivos actuales en el enfermo N.º 9, y de factores depresivos constitucionales en el paciente N.º 28.

Interpretación especial nos merece el caso N.º 5, que poseyendo un tono kinético normal, signos de excitación psicométricos, carece de agresividad potencial y actual. Pero este caso nos da la posibilidad de pensar en una autoagresividad, siendo junto al caso número 22, una excepción que confirma lo observado por Mira y López, quien afirma que la desviación sagital negativa (observada en estos dos pacientes) sólo se da en muy contadas ocasiones. Significaría falta de seguridad e impulso en la acción.

Si unimos esta condición al rasgo de una coartación, que se evidencia en el test por el empequeñecimiento del tamaño lineal (más acentuado en el trazado horizontal), que nos refleja su incapacidad para arremeter contra el medio externo, enquistándose, tenemos que el enfermo N.º 5 corresponde a lo que denomina Mira y López personalidad "poquita cosa". Aceptada esta interpretación

hemos agregado este caso al porcentaje de enfermos cuya peligrosidad está ausente, porcentaje que así aumenta al 33%.

En resumen, el psicodiagnóstico miokinético nos indicaría que el 67% de los pacientes lobotomizados permanecen con la agresividad intacta, y no habría jugado la operación, por lo tanto, el papel que se esperaba.

Este resultado se aproxima al obtenido en un estudio clínico, en 1947, sobre 364 enfermos, en Estados Unidos; que indica un porcentaje de 53% con agresividad presente postoperatoria. La diferencia de porcentajes se explica por el menor número de enfermos en nuestra experiencia, y posiblemente porque la psicometría permite detectar agresividades latentes.

COMPARACION DE RESULTADOS DEL TEST MIOKINETICO Y LAS OBSERVACIONES CLINICAS DE LOS PACIENTES

Aplicando nuestros resultados, analizados en la primera parte de la discusión, a lo observado clínicamente en los enfermos, nos encontramos con los siguientes hechos:

3. — TABLA DE FRECUENCIA DE LOBOTOMIZADOS, CONSIDERANDO LOS SÍNTOMAS DE DÉFICIT INTELECTUAL Y AGRESIVIDAD, CLÍNICAMENTE Y POR EL MIOKINÉTICO DE MIRA Y LÓPEZ (Manicomio Nacional. Chile, 1951).

Caso N.º	SINTOMAS CLINICOS			RESULTADOS DEL TETS MIOKINETICO	
	Déficit intelectual	Agresividad	Déficit intelec.	Agresividad	Otros rasgos
1	Acentuado	—	+	— — c — —	
2	Leve	—	+	P A c E ++	
3	Acentuado	+	+	P A c — +	Introversión
4	Leve	—	+	P — c — —	Extroversión
5	Acentuado	+	+	— — c e —	Depresión (autoagres.)
6	Acentuado	—	+	P A c — +	Introversión
7	Leve	++	+	P A C e ++	Introversión
8	Acentuado	+	+	P A c — +	Extroversión
9	Leve	—	+	P — c e +	
10	Acentuado	++	+	P A c — +	
11	Acentuado	++	+	P A C E ++	
12	Leve	++	+	P A C E ++	
14	Leve	—	—	— — — — —	Depresión (hipostenia)
15	Acentuado	++	+	P A C E ++	
17	Mediano	—	+	— — — — —	Depresión (hipostenia)
18	Leve	—	+	P A c — +	Extroversión
20	Mediano	—	+	— — — — —	Depresión (hipostenia)
21	Mediano	+	+	P A c — +	
22	Acentuado	—	+	— — — — —	Autoagresión
23	Mediano	—	+	P A C E ++	
26	Acentuado	+	+	P A C E ++	
27	Mediano	++	+	P A c E ++	Introversión
28	Mediano	+	+	P — c E +	
29	Acentuado	—	+	— — — — —	Depresión (hipostenia)
30	Acentuado	++	+	P A C e ++	
31	Acentuado	—	+	P A c e ++	
32	Acentuado	+	+	P — c — —	Extroversión

Los casos 13, 16, 19, 24 y 25 no aceptaron el test.

Se clasificó el déficit intelectual clínico en: acentuado, mediano y leve.

Se clasificó la agresividad clínica en: no hay (—), agitación psicomotora ocasional (+), agresividad franca (++)

Se clasificó el déficit intelectual psicométrico en: negativo (—) y positivo (+).

Se clasificó la agresividad psicométrica en: potencial (P), actual (A), tono kinético elevado (C), tono kinético normal (c), excitación franca (E), excitación posible (e).

Los factores no apreciados en la columna Agresividad figuran con signo menos (—).

Frente a la columna Agresividad se dan los grados de peligrosidad según la combinación de los cuatro elementos: dos signos positivos (++) al grado mayor de agresividad, un signo positivo (+) al grado menor de agresividad y un signo negativo (—) cuando la agresividad no es significativa.

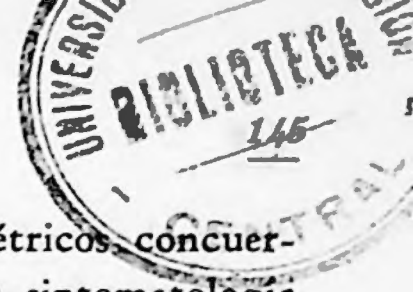
Se agregaron las cualidades como: depresión, introversión, extroversión y autoagresión, cuando se observaron.

Para hacer más gráficos estos resultados, extractamos de nuestra tabla general los datos referentes a agresividad, indicando la concordancia clínico-psicométrica o falta de ella.

4.—TABLA COMPARATIVA DE LA AGRESIVIDAD CLÍNICA Y PSICOMÉTRICA

Coherencia clínico-psicométrica		
Caso N.º	Agresividad clínica	Agresividad psicométrica
1	—	—
3	+	+
4	—	—
7	++	++
8	+	+
10	++	+
11	++	++
12	++	++
14	—	—
15	++	++
17	—	—
20	—	—
21	+	+
22	—	—
26	+	++
27	++	++
28	+	+
29	—	—
30	++	++
32	—	—

No coherencia		
Caso N.º	Agresividad clínica	Agresividad psicométrica
2	—	++
5	+	—
6	—	+
9	—	+
18	—	+
23	—	++
31	—	++



Como se puede observar, los resultados psicométricos concuerdan en 20 casos; sin embargo, hay 7 enfermos cuya sintomatología clínica postoperatoria no se ajusta a lo que se obtiene con el test de Mira.

Llama la atención que si hay agresividad clínica, el test lo expresa, y que la falta de coordinación aparece en los casos que no presentan sintomatología agresiva en su vida manicomial, con excepción del caso N.º 5, que fué analizado en la primera parte de nuestra discusión.

Analizaremos en los protocolos la causa de esta no expresión del potencial agresivo.

Encontramos en el caso N.º 2 que hay una acentuada depresión constitucional, lo que nos permite suponer que la agresividad psicométrica registrada se asienta en un tonismo muscular constitucionalmente débil. Podría considerarse, por lo tanto, que la agresividad y la elación actuales (psicométricas) no son favorecidas desde el punto de vista del tono constitucional.

El paciente N.º 6 lo analizaremos con las propias palabras del doctor Ortiz González, quien al referirse a las combinaciones de los datos proporcionados por los diferentes planos del kinetograma dice: "una elevada agresividad junto a un descenso de la tensión psicomotriz, nos revela una verdadera "impotencia" del sujeto para descargar directamente su impulso agresivo, poniendo en marcha el mecanismo de compensación proyectivo-catatímico y dando origen a un desarrollo delirante. Los lineogramas de estos individuos convergen todos hacia un núcleo central que podríamos llamar "núcleo paranoico".

En realidad esta interpretación parece ajustarse a lo observado. Este paciente al comienzo de su afección presentó síntomas agresivos y agitación psicomotora, sintomatología que fué desapareciendo espontáneamente, siendo reemplazada por ideas delirantes, especialmente sexuales.

El caso N.º 9 fué analizado con anterioridad. Recordamos que se observaba una incapacidad de orientación de su tensión congénita

hacia el exterior, y que por lo tanto, la no exteriorización psicométrica es coherente con la no exteriorización clínica.

En el caso N.º 18 solamente encontramos, en oposición a la agresividad potencial y actual, un estado de depresión reactiva que podría influir en la no presencia de la agresividad clínica, aún cuando el tono kinético constitucional y la dirección extroversiva pudiesen actualizar clínicamente la agresividad anterior de la enferma.

No hay explicación en el caso N.º 23, dado que se encuentran todos los signos de peligrosidad bien evidentes, claramente confirmados en las figuras complementarias.

El caso N.º 31 lo clasificamos con agresividad potencial y actual, ya que sus desviaciones llegaron al umbral de lo patológico, aunque algunos signos parecían contraponerse, tales como, la introversión congénita a la extroversión caracterológica, y la excitación constitucional a la depresión (muy leve) actual. En el trazado notamos, como signos claros, una oligofrenia profunda, con alto grado de agresividad y elación constitucionales en la cual se injerta un proceso destructivo, que es de suponer estará actuando en la esfera fenotípica.

En resumen, el test se presenta con un margen de error absoluto en dos casos.

TEST DE WECHSLER

Los resultados de esta prueba se consignan en la siguiente tabla general, que más adelante entraremos a analizar:

5.—TABLA DE RESULTADOS DEL TEST WECHSLER EN ENFERMOS LOBOTOMIZADOS, CONSIDERANDO MEDICION CUANTITATIVA DE LA INTELIGENCIA Y GRADOS DE DETERIORACION.
(Manicomio Nacional. Chile, 1951)

Caso	Edad	COMPUTOS			C. I.	Nivel	DETERIORACION				Grado	C. E.
		Total	Verba	Manual			Test s/m	Test n/m	por Edad	por Daño		
1	50	14	10	4	61	Defect.	7	4	14	29	Defnida	57
2	47	58	35	23	86	Torpe-N.	19	25	11	—	Normal	89
3	44	6	4	2	51	Defect.	4	1	8	67	Defnida	25
4	37	53	24	29	78	Limitr.	18	22	5	—	Normal	95
5	27	49	22	27	67	Limitr.	18	16	1	10	Posible	89
6	31	31	13	18	60	Defect.	15	12	3	21	Defnida	76
7	39	59	35	24	82	Torpe-N.	17	23	5	—	Normal	95
8	40	6	2	4	51	Defect.	3	1	8	59	Defnida	33
9	44	57	22	35	83	Torpe-N.	20	28	8	—	Normal	92
10	48	47	26	21	79	Limitr.	18	15	11	6	Posible	83
11	31	23	6	17	55	Defect.	12	7	3	37	Defnida	60
12	36	50	32	18	76	Limitr.	12	27	5	—	Normal	95
13	35	18	13	5	56	Defect.	3	6	5	—	Normal	95
14	33	114	57	57	115	Brill-N.	52	29	3	41	Defnida	56
15	29	17	7	10	47	Defect.	6	5	1	18	Posible	81
17	32	23	8	15	55	Defect.	11	5	3	52	Defnida	45
18	56	46	25	21	82	Torpe-N.	17	19	16	—	Normal	84
20	36	40	23	17	69	Limitr.	9	19	5	—	Normal	95
21	36	64	44	20	85	Torpe-N.	23	18	5	17	Posible	78
22	38	10	8	2	50	Defect.	3	2	5	28	Defnida	67
23	59	26	14	12	70	Limitr.	9	12	16	—	Normal	84
26	48	24	11	13	65	Defect.	15	2	11	75	Defnida	14
27	17	46	19	27	61	Defect.	19	16	—	16	Posible	84
28	20	39	18	21	58	Defect.	13	17	—	—	Normal	100
30	37	36	15	21	67	Limitr.	15	11	5	22	Defnida	73
31	21	24	17	7	47	Defect.	2	15	—	—	Normal	100
32	43	16	13	3	57	Defect.	7	5	8	21	Defnida	71

Los casos 16, 19, 24, 25 y 29 no aceptaron el test.

El análisis de las diversas pruebas dió deterioración "definida" en 11 casos, es decir, se encontró en ellos una pérdida de la capacidad intelectual mayor del 20% por daño orgánico, indicador de un factor patológico ignorado. Cinco pacientes se clasificaron con deterioración "posible" (siguiendo la clasificación de Wechsler), por presentar porcentajes de pérdida por daño orgánico menor del 20%.

El resto de los enfermos sometidos al test con éxito, es decir, 11, no acusaron pérdida por este motivo y se les calificó por lo tanto de normales en cuanto a porcentaje de deterioración se refiere.

6.—DISTRIBUCIÓN POR GRADOS DE DETERMINACIÓN DADOS POR EL TEST DE WECHSLER EN LOBOTOMIZADOS. (Manicomio Nacional. Chile, 1952).

Caso N.º	Edad	Años de psicosis	Diagnóstico	Déficit intelectual Clínico	Deterioración	C. I.
1	50	28	Esquizofrenia	Acentuado	Definida	61
3	44	17	Esquizofrenia	Acentuado	Definida	51
6	31	12	Esquizofrenia	Acentuado	Definida	60
8	40	7	Esquizofrenia	Acentuado	Definida	51
11	31	8	Esquizofrenia	Acentuado	Definida	55
14	33	21	Loc. moral P.	Leve	Definida	115
17	32	4	Esquizofrenia	Mediano	Definida	55
22	38	12	Esquiz. y Olig.	Acentuado	Definida	50
26	48	15	Esquizofrenia	Acentuado	Definida	65
30	17	4	Psic. asoc. Olig.	Acentuado	Definida	67
32	43	2	Esquizofrenia	Acentuado	Definida	57
5	27	14	Esquiz. y Olig.	Acentuado	Posible	69
10	48	10	Psic. M. D.	Acentuado	Posible	79
15	29	9	Esquizofrenia	Acentuado	Posible	47
21	36	28	Loc. M. Post.	Mediano	Posible	85
27	17	4	Psic. Epilép.	Mediano	Posible	61
2	47	19	Esquizofrenia	Leve	Normal	86
4	37	17	Esquizofrenia	Leve	Normal	78
7	39	7	Esquizofrenia	Leve	Normal	82
9	44	18	Esquizofrenia	Leve	Normal	83
12	36	7	Esquizofrenia	Leve	Normal	76
13	35	5	Esquizofrenia	Mediano	Normal	56
18	56	34	Psic. M. D.	Leve	Normal	82
20	36	16	Esquiz. y Olig.	Mediano	Normal	69
23	59	34	Esquizofrenia	Mediano	Normal	70
28	20	7	Esquizofrenia	Mediano	Normal	58
31	21	2	Esquizofrenia	Acentuado	Normal	47

Si observamos estos resultados con lo esperado de acuerdo a los datos clínicos, vemos que la correlación no es perfecta en la totalidad de los casos.

Una visión más profunda nos permite explicarnos esta aparente falta de coincidencia clínico-psicométrica.

La calificación clínica en grados de "acentuado", "mediano" y "leve" se basó en una apreciación subjetiva, como es lógico suponer, del rendimiento en los interrogatorios, del comportamiento en los patios de reclusión, de la mayor o menor iniciativa en la solución de los problemas prácticos, de la presencia o falta de vida puramente vegetativa, y del grado de destrucción de la personalidad provocada por el proceso psicótico actuante. No se discrimina, por lo tanto, la causa del déficit intelectual, ni si es congénito o adquirido. En este sentido, el test al calificar deterioración, sólo da razón de la existencia de ella, agregando por otros índices, la presencia de déficit intelectual de otro origen.

Es así como el caso N.º 14, que clínicamente fué calificado de pérdida leve, presenta una deterioración por daño "definida" del 41%. Este error clínico se explica al observar que el coeficiente intelectual de este enfermo alcanza en la actualidad a 115, lo que lo coloca en un grado de "Brillante-normal". Como sufrió una afección encefalítica en la infancia, que perturbó su esfera ético-moral, suponemos que si no hubiera sufrido el proceso infeccioso, su capacidad intelectual habría sido superior. Es posible que este coeficiente intelectual tan alto, se deba a su escolaridad (Bachiller), que a nuestro parecer favorece los resultados de estas pruebas psicométricas, al desarrollar la capacidad de abstracción.

Igualmente, en visión superficial, aparecerían contradictorios los resultados del Wechsler en los pacientes N.ºs 13, 20, 23, 28 y 31, que no tienen deterioración por daño y clínicamente presentan rasgos de déficit intelectual evidentes. Sin embargo, encontramos la presencia de coeficientes intelectuales bajos que nos revelan la estructura oligofrénica sobre la cual se injertaron los cuadros psicóticos que estos enfermos presentan. Escapa a esta interpretación el

caso N.º 23, que se explica más bien por la edad del paciente (59 años), lo que nos hace suponer que el coeficiente intelectual presentado sea debido a deterioración fisiológica.

Vemos, por lo tanto, que la falta de coincidencia clínico-psicométrica, sólo era aparente, y que oligofrenia y deterioración fisiológica concomitantes hacían suponer una deterioración patológica donde no la había.

Llegamos así a la posibilidad de poder responder a nuestra pregunta original, o sea, si la lobotomía es la causa de la presencia clínica de signos deficitarios. Para hacer más claros los resultados que nos permitirán sostener la afirmación o negación de nuestra pregunta, hemos creído conveniente agrupar los resultados del test de Wechsler por grados de deterioración en la tabla siguiente:

7.—TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR GRADOS DE DETERIORACIÓN OBTENIDOS EN EL TEST DE WECHSLER EN ENFERMOS LOBOTOMIZADOS EN CHILE, 1951.

Caso N.º	Años de Pots-operat.	Edad	C. I.	Nivel	Deterioración		
					Por edad	Por Daño	Grado
3	6	44	51	Defectuoso	8	67	Acentuada
8	6	40	51	Defectuoso	8	59	Acentuada
17	2.6	32	55	Defectuoso	3	52	Acentuada
26	1	48	65	Defectuoso	11	75	Acentuada
1	6	50	61	Defectuoso	14	29	Definida
6	6	31	60	Defectuoso	3	21	Definida
11	3.6	31	55	Defectuoso	3	37	Definida
14	3	33	115	Brillante-N.	3	41	Definida
22	1.3	38	50	Defectuoso	5	28	Definida
30	0.4	37	67	Limítrofe	5	22	Definida
32	0.4	43	57	Defectuoso	8	21	Definida
5	6	27	69	Limítrofe	1	10	Posible
15	3	29	47	Defectuoso	1	18	Posible
21	1.3	36	85	Torpe-normal	5	17	Posible
27	1	17	61	Defectuoso	—	16	Posible
10	4	48	79	Limítrofe	11	6	Leve
2	6	47	86	Torpe-normal	11	..	Normal
4	6	37	78	Limítrofe	5	..	Normal
7	6	39	82	Torpe-normal	5	..	Normal
9	4	44	83	Torpe-normal	8	..	Normal
12	3.6	36	76	Limítrofe	5	..	Normal
13	3.6	35	56	Defectuoso	5	..	Normal
18	2	56	82	Torpe-normal	16	..	Normal
20	1.6	36	69	Limítrofe	5	..	Normal
23	1	59	70	Limítrofe	5	..	Normal
28	0.4	20	58	Defectuoso	Normal
31	0.4	21	47	Defectuoso	Normal
16	3	25	Fracaso por déficit intelectual profundo.				
19	2	25	Fracaso por déficit intelectual profundo.				
24	1	27	Fracaso por agresividad y déficit intelec. prof.				
25	1	36	Fracaso por déficit intelectual profundo.				
29	0.4	27	Fracaso por déficit intelectual profundo.				

Hemos introducido una nomenclatura nueva, para simplificar su lectura, manteniendo siempre la clasificación de Wechsler como básica. Nuestras modificaciones sólo consisten en denominar deterioración "acentuada" cuando la deterioración definida era mayor del 50%, y llamar deterioración "leve" cuando habiendo porcentajes de pérdida por daño, éstos no alcanzaban al 10% que los coloca dentro del grado de deterioración "posible".

Para que la lobotomía pudiera ser considerada como causa determinante de una deterioración, deberíamos esperar un mayor grado de pérdida en aquellos pacientes cuyo período postoperatorio fuese mayor. Sin embargo, observamos que esto no sucede así, y lo que nos parece más significativo, es la presencia de once casos que carecen de deterioración por daño en forma absoluta. Si consideramos que la distribución "mayor o menor número de años postoperatorio" es indistinta en los grupos con o sin deterioración, podemos suponer, a pesar de la exigua cantidad de casos, que el rol de la lobotomía en la deterioración presentada en el resto de los enfermos, es nulo.

Aún más, vemos que tampoco la edad a que fueron sometidos los enfermos al acto quirúrgico, los años de psicosis vividos previamente, la calidad del diagnóstico, parecen jugar papel alguno.

Seguramente un estudio más prolongado en el tiempo, de la evolución psicométrica de estos enfermos, permita llegar a comprender los mecanismos de acción sobre las diversas funciones, normales o patológicas, del cerebro, que el corte prefrontal pueda desencadenar.

RESUMEN

1. Se estudiaron 32 enfermos lobotomizados, con los tests de Wechsler y miokinético de Mira.
2. Un porcentaje de 16% no permitió ser estudiado por presencia de agresividad o psicosis profunda.

3. El psicodiagnóstico de Mira indica que el 67% de los lobotomizados permanecen con su agresividad intacta.

4. Hay concurrencia de resultados del test miokinético y la observación clínica en 20 casos. Se encuentran razones lógicas en 5 de los casos no concordantes, no existiendo explicación en 2 pacientes.

5. El test de Wechsler se ajustó a lo observado clínicamente, en la totalidad de los casos.

6. El 43.3% tenía una deterioración definida;

El 13.4% tenía una deterioración posible;

El 43.3% no presentaba deterioración.

7. La deterioración observada en 16 enfermos no se debe a la acción de la lobotomía.

BIBLIOGRAFIA

1.—M. F. BECA, I. CLAUDET Y J. JORDAN.—“Aplicación de Pruebas Psicológicas a la Psiquiatría Clínica”, Revista de Psiquiatría y D. C. Año XII, N.ºs 1 y 2, 1947.

2.—BELA SZEKELY.—“Los Tests” (Manual de Pruebas Psicométricas de Inteligencia y Aptitudes), 2.ª edición. Edit. Kapeluz y Cía., Buenos Aires, 1948.

3.—D. WECHSLER.—“The Measurement of Adult Intelligence”, 3.ª edición The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1944.

4.—P. PICHOT.—“La mesure de la Détérioration et de la Débilité Mentales”, tomo II, Congreso Internacional de Psiquiatría, Paris, 1950.

5.—GILBERTO ORTIZ GONZALEZ.—“El Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y López”. Tesis de grado para optar el título de Médico-Cirujano. Facultad de Biología y Ciencias Médicas, Universidad de Chile, 1942.

6.—A. ASENJO, I. HORWITZ, A. VERGARA, M. CONTRERAS.—“La Lobotomía Prefrontal como Tratamiento de algunas Psicosis”, Rev. de Neuropsiquiatría V: 83, Chile, 1947.

7.—CESAR G. CORONEL.—“El Psicodiagnóstico Miokinético” (Su teoría y su práctica), Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1950.

8.—WALTER FREEMAN-JAMES W. WATTS.—“Psicocirugía”, Edit. Médico-Quirúrgica, 1946.

9.—E. MIRA Y LOPEZ.—“Manual de Orientación Profesional”, Biblioteca de Ciencias de la Educación, 2.ª edición. Edit. Kapeluz y Cía., Buenos Aires, 1948.

10.—E. MIRA Y LOPEZ.—“La psiquiatría en la guerra”, Edit. Médico-Quirúrgica, Buenos Aires, 1944.

11.—E. MIRA Y LOPEZ.—“Manual de Psicología Jurídica”, Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1950.

12.—A. VALLEJO NAJERA.—“Tratado de Psiquiatría”, Salvat Editores S. A., Barcelona-Buenos Aires, 1944.

13.—BARAHONA FERNADES.—“Anatomo-fisiología Cerebral y funciones psíquicas en la Leucotomía Prefrontal”. Congreso Internacional de Psiquiatría, tomo III. París, 1950.

14.—P. SOLLER Y P. COURBON.—“Práctica Semiológica de las Enfermedades Mentales”, 2.^a edición. Modesto Usón, Barcelona, 1947.

15.—E. MIRA Y LOPEZ.—“Psiquiatría Básica”, Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1947.

16.—R. NYSSSEN.—“L'importance, le Valeur et l'Indication de l'Emploi des Tests d'Efficiencia Intellectuelle dans la Clinique Psychiatrique”. Congreso Internacional de Psiquiatría, tomo II, París, 1950.

17.—JACK COHEEN.—“Follow up Studies of patients with prefrontal lobe lobotomy”, III Med. J., Dec. 1948.

18.—W. FREEMAN.—“Prefrontal lobotomy, survey of 331 cases”, Am. J. M. Sci., 1946, 211.

19.—W. FREEMAN.—“El plano de sección, en la lobotomía en relación con la adaptación social”, tomo III, Congreso Internacional de Psiquiatría, París, 1950.

20.—W. FREEMAN.—“Surgical treatment of mental disorders” M. Am. D. C., 1939, 8: 345.

21.—W. FREEMAN.—“Intellectual and emotional changes following a prefrontal lobotomy”, Sonderdruck aus den Zeutrolblatt Jur Neurochirurgie, 1940, N.º 3.

22.—L. HAFSTATTER.—“Results of Surgical treatment in one hundred cases of mentally ill”, South. M. J., 1945, 38: 604.