

## LA LOBOTOMÍA SIGUE AQUÍ

UN QUIRÓFANO. UN BISTURÍ. UN CEREBRO. UN ENFERMO MENTAL QUE, A CRITERIO DE ALGUNOS ESPECIALISTAS, DE OTRO MODO NO REPORTARÁ ALTA EN SU EXPEDIENTE CLÍNICO. UN LÓBULO FRONTAL MUTILADO. UN DEBATE: DESPUÉS DE CINCUENTA AÑOS DE SU “BOOM”, ¿SIGUE SIENDO LA PSICOCIRUGÍA, POPULARMENTE LLAMADA LOBOTOMÍA, UNA ALTERNATIVA A CONSIDERAR PARA CASOS PSIQUIÁTRICOS EXTREMOS? SU SOLA MENCIÓN AÚN LEVANTA AMPOLLAS ENTRE EL GREMIO MÉDICO. DESCUBRIR QUE EN NUESTRO PAÍS AÚN SE PRACTICA DEJA BOQUIABIERTOS A MUCHOS.

# Psicocirugía: ¿solución o mutilación?

CLAUDIA ZAVALA

**U**no de los capítulos negros de la neurocirugía podría resurgir en El Salvador con el apoyo de modernas tecnologías.

Dentro del controversial mundo de las operaciones cerebrales, la psicocirugía ha sido duramente cuestionada desde su invención, hace más de cincuenta años, por sus implicaciones éticas y legales. Esta técnica, que consiste en hacer una incisión física en uno de los lóbulos frontales del cerebro, con el fin de modificar conductas extremadamente agresivas en pacientes que no han cedido a tratamientos con psicofármacos, también es conocida como “cirugía de piedad”, por la supuesta “liberación de problemas” que ejerce en el paciente y su familia.

En nuestro país, esta delicada rama de la neurocirugía ha salido a la luz, iluminada por los avances de la estereotaxia, una técnica que elabora un mapa exacto en el cerebro, a partir de coordenadas matemáticamente calculadas, y permite hacer operaciones de gran precisión.

Sus 0,3 milímetros de margen de error le dan el aval para rotularse como “método de mínima invasión”, pues con su sorprendente exactitud se protegen tejidos cerebrales que no tienen relación con el área que debe ser afectada.



Esta especie de “tecnología del futuro”, que no es más que una guía precisa para detectar el punto central de la intervención quirúrgica en un plano tridimensional del cerebro (largo, alto y profundo), es también utilizada en la toma de biopsias, extirpación de tumores y cisticercos, radioterapia dirigida y tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

Pero los psiquiatras, neurólogos y neurocirujanos consultados por Vértice no se sorprendieron sólo por conocer de la existencia de este aparato tan moderno, único en Centroamérica y de los únicos cuatro en Latinoamérica. El impacto de saber que una de las aplicaciones de esta técnica es la realización de psicocirugías o lobotomías se externó con curiosidad e interés por parte de algunos, e indignación y repudio por parte de otros.

### ¿ALTERNATIVA VIABLE?

**E**l eufemismo es inevitable, y la razón evidente: el término psicocirugía estereotáxica tiene implicaciones menos cruentas que el de lobotomía.

Para Francisco Navas, neurocirujano estereotáxico funcional, miembro del staff de médicos del Hospital Militar, la posibilidad de realizar esta intervención en pacientes psiquiátricos

## LA LOBOTOMÍA SIGUE AQUÍ

## ¿TECNOLOGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN?

Vértice estuvo presente en una operación realizada con la técnica de estereotaxia, en el Hospital Militar. Esta vez el objetivo fue la extracción de cisticercos. El procedimiento es exactamente el mismo para la llamada lobotomía, pero la lesión se realiza directamente en el lóbulo frontal.



**1 PREPARACIÓN.** Antes de fijar el aró al cráneo, y luego de raspar totalmente la cabeza, se procede a desinfectar y esterilizar cuidadosamente el área que será tratada.



**2 ANESTESIA LOCAL.** Se inyecta en cuatro puntos diferentes, para insensibilizar el cuero cabelludo: dos en la parte superior de ambos párpados, y dos atrás, en la parte media de la cabeza.



**3 ADHESIÓN AL CRÁNEO.** En los cuatro puntos anestesiados se introducen unos fijadores de plástico para sujetarlo al cráneo. Si el paciente se queja de dolor, se inyecta más anestesia.



**4 FIJACIÓN DE ARO.** Debe quedar perfectamente implantado en la cabeza y no debe moverse. Este paciente, de 36 años, soportó el aro en su cráneo desde las 9:00 am. hasta las 4:00 pm.

extremos sigue siendo viable, pese a todos los cuestionamientos. "Solo las personas que han vivido con un enfermo psiquiátrico super agresivo y sin remedio saben que esta posibilidad es una solución para conseguir una mejor calidad de vida", dice.

Agrega que, antes de tomar la decisión de realizar la intervención, es necesario que el expediente del paciente sea cuidadosamente estudiado por un comité médico conformado por psiquiatras, neurologos y neurocirujanos. Lo que debe quedar claro es que el paciente no ha mejorado con terapias continuas, internamientos y psicofármacos, y que su caso sólo puede controlarse mediante cirugía cerebral. Durante el año que lleva el equipo en el Hospital Militar, Navas reconoce que se han realizado dos psicocirugías en pacientes extremadamente agresivos, "y los resultados han sido óptimos".

La posibilidad de extender esta "alternativa" a los pacientes no derechobahientes del hospital es algo que se pretende: "Si contamos con esta tecnología tan avanzada, lo mejor es permitir que todos los que la necesitan tengan acceso a ella", señala, aunque admite que los costos son elevados: sólo el uso del equipo estereotáxico cuesta 10 mil colones, sin contar los demás gastos médicos.

“¿QUE TODAVÍA QUÉ?”

Los enfermos mentales han sido históricamente despreciados por la familia, la iglesia y la sociedad".

Así lo reconoce José Miguel Fortin Magaña, presidente de la Asociación Salvadoreña de Psiquiatría.

Luego de sorprenderse visiblemente al comentárselo que en el país aún se habla de psicocirugía, la sola posibilidad de considerarla como una alternativa en casos de pacientes extremos lo exalta: "La operación tiene con libertades individuales del paciente; convierte al médico en un Olimpo o semidiós que decide la conducta de la gente, y eso no puede ser", opina.

Uno de los aspectos más cuestionados por el galeno son los drásticos cambios conductuales, que son resultado de la lesión en el lóbulo frontal. El hecho de que el lóbulo del cerebro sea la encargada de concretar razonamientos, elaborar metas, objetivos y expresar emociones hace que, al incidir en ella, se dé, a su juicio, una especie de "anulación de la racionalidad".

Según cree, la revolución de los psicofármacos en la última década alejan cada vez más la posibilidad de llegar a medidas tan

extremas. En estos años se han descubierto nueve antidepressivos, cuatro antipsicóticos y un antipsicótico de alta potencia ha sido reiniciado; además, hay cinco tranquilizantes, tres moduladores del afecto y cuatro antipsicóticos más en etapa de investigación.

Consciente de que en su asociación hay opiniones encontradas respecto del tema, sostiene una razón específica y fundamental para negarse rotundamente al procedimiento: "El cerebro es un universo complejo. Sólo conocemos el diez por ciento de él; por tanto, no podemos determinar con exactitud que le sucede a alguien con una intervención de este tipo".

A lo que Navas contrasta: "Cualquier punto del universo ce-

rebral se puede alcanzar si se conoce su dirección. Entiendo que haya personas que lo condenen, porque desconocen cómo se realiza el procedimiento; que yo sepa, soy el único neurocirujano estereotáxico funcional en toda Centroamérica".

La excepcionalidad de los casos que requieren de una invasión física al cerebro y el agotamiento de las medidas convencionales de tratamiento, tales como la medicación gradual de psicofármacos, la terapia y el internamiento en hospitales, es algo que debe quedar claro. "No se trata de abrirle la cabeza a cualquiera sólo porque sí", recalca Navas.

El psiquiatra José Roberto Pérez Bennett, editor del Hospital Psiquiátrico y miembro del Comité de Ética del Colegio Médico, es uno de ellos: "Con ese grado de sofisticación, si estoy de

## CUESTIONAMIENTOS

El circuito cerebral donde se localizan las obsesiones es de apenas 3 milímetros. La capacidad de dar en el blanco se pone en duda.

Por eso, la condición de que la intervención se realice con una tecnología más fina y exacta abre la puerta a las consideraciones de médicos que nunca la habían aprobado.

El psiquiatra José Roberto Pérez Bennett, editor del Hospital Psiquiátrico y miembro del Comité de Ética del Colegio Médico, es uno de ellos: "Con ese grado de sofisticación, si estoy de

acuerdo, porque disminuye el margen de error significativamente. Ya no van a hacer las cosas al cálculo o por intuición, como hasta ahora se venían haciendo".

Convenido de que en el país hay una cantidad impresionante de pacientes mentales en condición crónica, sea por la postguerra o por la violencia que se vive actualmente, el médico afirma que es lamentable que ciertos pacientes lleguen a grados extremos, cuando, con una terapia de salud mental adecuada y una atención específica profesional, los cuadros pueden corregirse a tiempo. "Pero aquí el Hospital Psiquiátrico está marginado, y a los enfermos les hacen cualquier cosa porque nadie reclama por ellos y nadie los controla. ¿Como esperan que haya una rehabilitación en esas condiciones?".



**5 TOMOGRAFÍA INICIAL.** En la sala de tomografía se visualiza el "mapa del cerebro" en la pantalla, para detectar la ubicación exacta del punto a operar y hacer un cálculo preciso.



"En el Hospital Psiquiátrico a los enfermos les hacen cualquier cosa, porque nadie reclama por ellos y nadie los controla"

José Roberto Pérez Bennett, EXDIRECTOR DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

**6 CÁLCULO DE COORDENADAS.** Con unas tabletas localizadoras, y sobre un eje de plano cartesiano, se calculan las coordenadas numéricas que se adaptarán al aro estereotáxico.



**7 QUIRÓFANO.** Antes de colocar el arco al aro colocado en el paciente, se posicionan las coordenadas resultantes. La aguja hace las veces de compás para calcular el punto de incisión.



**8 ENDOSCOPIO.** Introducir una endoscopia en el orificio craneal, cuyo diámetro es de cuatro centímetros aproximadamente, permite ver en pantalla la extracción del cisticerco.



**9 TOMOGRAFÍA FINAL.** Luego de finalizar la intervención en el quirófano, una segunda tomografía es necesaria para verificar que los resultados han sido los esperados.

Condiciones increíbles como el hecho de contar con una sola psiquiatra para todo el hospital, y no tener un departamento de Salud Mental, pese a que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) paga desde hace un año a un asesor en esa área, desaparecida hace ocho años.

"A saber a quién está asesorando", dice Ernesto Urquilla, excoordinador de Salud Mental del Psiquiátrico, quien expresa que fue el Ministro de Salud de ese entonces el que tomó la decisión de clausurar el departamento. "Ayer sí traste llegó al hospital. La mayoría son médicos generales que están ahí por conexos, y no se están preparando con un ma-

estro. No hay nadie con experiencia que esté haciendo escuela, y eso es peligroso, porque se vuelve al método de ensayo y error para llegar a conclusiones fundamentales". Urquilla apoya el bando de los que están en contra de la intervención, aun en casos excepcionales.

Ulises Rodríguez, subdirector del Hospital Psiquiátrico, asegura que, pese a las condiciones no ideales, la psicocirugía es un capítulo cerrado para la institución. "Que yo sepa no se está haciendo más. Sí, es cierto, tenemos a cinco pacientes que fueron lobotomizados, pero eso fue hace años, y fue con un criterio médico muy profesional", según recalca aquí

## Cirugía con HISTORIA

En 1949, ser precursor de la psicocirugía le valió al portugués Egas Moniz el único Premio Nobel concedido al área psiquiátrica. Paradójicamente, un paciente que fue intervenido por él lo asistió de un disparo.

Documentaciones médicas aseguran que entre 1940 y 1950 se realizaron más de 50 mil lobotomías en todo el mundo. En ese tiempo, las intervenciones se realizaban desde la parte posterior de las órbitas de los ojos, con un instrumento similar a un picahielo, que se introducía a través del hueso de la cuenca del ojo hasta el cerebro. El movimiento del martillo quirúrgico rompía las fibras de los lóbulos frontales y los cambios de conducta en el enfermo eran notorios.

El debate ético y legal nace en esos años. Sus más acérrimos oponentes, entre ellos el Vaticano, consideraban la operación como "la asesina del alma", por el evidente deterioro de la inteligencia y personalidad del paciente. Durante la Segunda Guerra Mundial se utilizó en cerca de dos millones de pacientes mentales, sin ser previamente evaluados por un comité médico. De la misma forma, presidiarios con conductas rebeldes fueron intervenidos en esa época para volverlos más "dóctiles".

Con el paso de los años, se fue afinando la técnica de ingreso al cerebro. Así, la diversidad de cortes y el tamaño y ubicación de las incisiones fue diversificando los métodos para realizar la psicocirugía. Se habla, en 1951, de cingulotomía anterior; en 1973, de leucotomía límbica; en 1960, de amigdalectomía; y en 1964, de tractotomía del subcaudado.

El propósito es el mismo: incidir en el sistema de emociones del individuo para corregir conductas agresivas o no deseadas.



# LA LOBOTOMÍA SIGUE AQUÍ

**"CADA CASO ES DIFERENTE"**

**S**i operaran a enfermos mentales tratables con medicamentos, los psiquiatras no tendrían qué comer.

Ese es el pensamiento de Roberto López Aguilar, presidente de la Asociación de Ciencias Neurológicas, quien reconoce la necesidad de un comité evaluador, conformado por psiquiatras, neurólogos y neurocirujanos. "Cada persona es un mundo diferente", y no se pueden generalizar diagnósticos y prescripciones.

Un comité así existía hace una década en el Psiquiátrico, según la psiquiatra Dina Regalado de Vega, coordinadora de la División Médica del centro de 1989 al 1997 y evaluadora de los cinco pacientes intervenidos mencionados por el subdirector actual del nosocomio.

Los enfermos fueron remitidos al Hospital Rosales en 1992. De cinco operaciones, dos no presentaron buenos resultados: una mujer de 28 años, tratada por agresividad extrema y canibalismo, murió tras la intervención. Un niño autista de 14, operado por automutilación permanente, mostró cambios positivos durante los primeros meses; luego presentó un cuadro agresivo agravado.

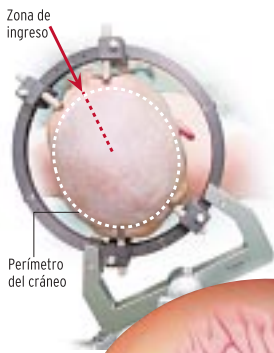
Los otros tres casos —un joven de 17 años, tratado por delirio de persecución y agresividad; un hombre de 35 años, estudiante de medicina, que intentaba violar y matar a su madre compulsivamente; uno de 30 años operado por segunda vez, pues su cuadro de agresividad aumentó— presentaron notables mejorías.

Abraham Amaya, neurocirujano, realizó tres de las operaciones. Usó la cingulotomía, que es la introducción de un cauterio en ambos lóbulos frontales, para hacer lesiones con calor y "bloquear el circuito de Papez, que conecta las regiones relacionadas con las emociones", explica.

## ¿MÉTODO ABOLIDO?

“ Quien lo esté haciendo actualmente es un ignorante”.

El neuropsiquiatra y neurocirujano Julio César Bottari, instaurador de la

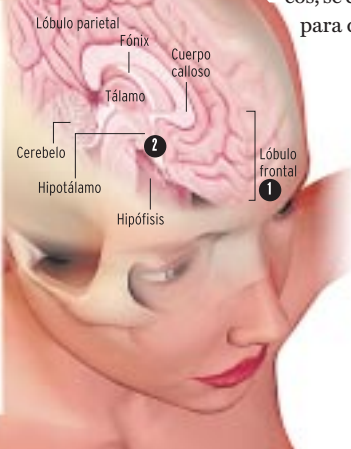


## Lesión frontal

Actualmente, la estereotaxia permite calcular matemáticamente la zona de ingreso del cerebro. Se pretende que la invasión sea mínima.

- 1 Las primeras operaciones se hicieron abriendo orificios justo arriba de las órbitas de los ojos, para tener una entrada más directa.
- 2 El lóbulo frontal y el hipotálamo son las áreas encargadas de regular las emociones. Con una incisión en ellos se inhibe la agresividad en el paciente.

Fuente: Body Atlas, El Cuerpo Humano, Dr. Francisco Navas, Infografía EDH/Agustín Palacios



INFOGRAFÍA EDH / AGUSTÍN PALACIOS

operación en El Salvador, es tajante: "Es cierto, operé a cerca de 17 pacientes altamente agresivos. Pero fue en 1955, en pleno boom. Hoy ha quedado claro que la psicocirugía nació, vivió y murió".

Especializado en Francia y fundador de los Servicios de Neurología del Psiquiátrico y del Seguro Social, aclara que las complicaciones en sus pacientes fueron razón suficiente para determinar que no valía la pena.

La realizaba de dos formas. La primera era un simple corte de las fibras que salen del lóbulo frontal (leucotomía); la segunda era la aspiración de cuerpos neuronales a nivel del polo frontal (topectomía). Esta última "variedad" presentaba implicaciones graves, pues el paciente quedaba en condición prácticamente vegetal.

Bottari detalla las razones por las cuales la lobotomía fue borrada de la lista de alternativas para enfermos psiquiátricos: la operación no cura la enfermedad, sino la sintomatología principal, y el paciente vuelve a presentar los síntomas al poco tiempo de la intervención. Menciona las crisis de epilepsia en pacientes que no las habían experimentado, la evolución permanente de los psicofármacos y el alto riesgo de hemorragias cerebrales. Ni siquiera la estereotaxia, cree, es una razón para rescatarla, y "el que quiera hacerla en estos días, sólo fracasos encontrará; los costos son demasiado altos".

## La aguja DEFINITIVA

La incisión cerebral se realiza con una aguja de **16 CENTÍMETROS DE LARGO**. Hace las veces de un compás que marca el punto exacto a intervenir. En ella se adapta un endoscopio que, además de una endocámara, contiene en la punta un cauterio, para concretar la lesión frontal. En los casos de extracción de biopsias, tumores o cisticercos, se coloca también un succionador para que aspire el área a tratar.

La imagen muestra la aguja en su tamaño real.



José Luis Henríquez, psicólogo biólogo, resume: "La persona se vuelve característicamente menos humana. Son prácticamente inválidos mentales; no son capaces de hacerle frente a la vida".

## ¿ÉTICO Y LEGAL?

“ No existe un listado de operaciones que sean legalmente prohibidas en el país”.

Así lo indica José Marinero, diputa-

do del FMLN y miembro de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa. Pese a ello, una declaración de incapacidad mental del paciente autenticada por un notario, en presencia de testigos que confirmen que la operación se hará estrictamente por razones de salud, es una condición que considera necesaria.

El neurocirujano Abraham Amaya asegura que el debate ético acerca de la psicocirugía obstaculiza que ésta logre avanzar, pues no se realiza las veces que puedan ser necesarias, ya que el patrón cultural de nuestro país es muy determinante a la hora de



# LA LOBOTOMÍA SIGUE AQUÍ

## “ES COMO LA PENA DE MUERTE”

A sus 24 años, Luis es parte del reducido porcentaje de pacientes intervenidos que muestra avances evidentes. Sus padres son contundentes al asegurar su cambio: “Antes de la operación, ni en sueños le hubiésemos contado esto, estando usted sentada a su lado”.

Los cuadros sin vidrio colgados en la pared, los espejos escondidos y las rejas por doquier son testigos silenciosos de la agresividad extrema que un día imperó en ese hogar. El retardo mental severo de un niño “cariñoso y tranquilo” se convirtió, a los 19 años, en una incontrolable e inexplicable conducta violenta.

“Fue justamente cuando dejó de ir a la escuela especial a la que asistía. Su maestra, por razones personales, dejó de impartir clases. El cambio de rutina lo afectó dramáticamente. Por eso lo llevamos a una pública, pero ahí los pacientes ni siquiera estaban clasificados; entonces mi niño (su edad mental es de tres años) comenzó a tener conductas diferentes: se orinaba en cualquier parte, gritaba, lanzaba el teléfono, el microondas... todo lo que encontraba. Decidimos quitar los vidrios de las ventanas, para que no los quebrara más, y enrejamos. También amarramos con un alambre el televisor a la juguetera.

“La psiquiatra que lo veía dijo que el entorno de la escuela no le había favorecido, y que lo mejor era tenerlo en casa, porque lo poco que habíamos avanzado con él podía revertirse si conti-



nuaba influenciado. Pensamos que con nuestro amor y entrega mejoraría; también lo sacábamos a pasear siempre porque nunca quisimos esconderlo. Pero luego nos dimos cuenta que los ambientes abiertos y la aglomeración de personas lo desesperaban más y lo ponían más irritable.

“Entonces empezó el encierro de verdad. Para él y para nosotros. Era una agonía terrible; debíamos tener llena la refrigeradora de Pollo Campero, pupusas, pizza, hamburguesas... porque él se levantaba de madrugada, porque no tiene noción del tiempo real, a pedir comida; y si no teníamos lo que quería, ardía Troya. Me golpeó a mí, a su padre y a su hermanito. Era realmente difícil controlarlo (mide casi 1.80 y pesa unas 250 libras) y sentíamos que ya no podíamos más. Habíamos entrado en psicosis por él. Nos encerrábamos con miedo en nuestro cuarto, para que creyera que estábamos dormi-

dos. Mientras, botaba todo lo que encontraba, gritaba, lloraba... Nosotros seguíamos atentos a sus pasos, para calcular en qué parte de la casa estaba y saber si podíamos salir. Eran noches enteras sin dormir. Llegamos a presupuestar un cuartito al fondo de la casa, para tenerlo ahí y estar un poco más tranquilos.

“A todo esto, él estaba tomando dosis de calmantes elevadísimas, como para un caballo. La psiquiatra nos dijo que si seguía así corría el riesgo de sufrir un paro cardíaco o respiratorio y que la única forma era internarlo para seguirlo medicando y tenerlo controlado desde ahí. Entonces, el doctor Zanoní Yada, que opera con el doctor Abraham Amaya en el Hospital Rosales, nos habló de la psicocirugía. Nos dijo que tres cosas podían pasar: que mejorara, que quedara igual o peor, o que muriera. Fue duro. Toda la gente, incluidos médicos y familiares, nos decían que no lo hiciéramos, que sería un grave error. Es como la pena de muerte: sólo el que ha pasado por una situación extrema puede considerar una alternativa extrema.

“Gracias a Dios, la operación fue un éxito. Sólo nos asustó la primera semana, porque no hablaba y estaba apático; también convulsionó 19 veces en menos de 24 horas, pero el médico nos dijo que era normal y que iría cediendo.

“Hoy sigue medicado, pero con dosis mínimas comparadas con las anteriores y también toma anticonvulsivos. Aquí nos ve... Hace un año fue la operación e intentamos ser una familia normal y feliz, porque tenemos a un bebé en un envase grande, pero más tranquilo y cariñoso que antes”.

tomar una decisión de este tipo.

Agrega que el “consentimiento informado”, documento que firman los familiares del paciente aceptando los riesgos de la intervención y eximiendo al médico de responsabilidades, es un apoyo moral, no legal.

Norman Quijano, diputado de ARENA y también miembro de la Comisión de Salud, expresa que antes de cualquier decisión médica y familiar es necesario hacer valoraciones jurídicas, “para ver si no se violentan nuestras leyes y derechos fundamentales”.

Según Quijano, en casos extremos debe privar el bien común sobre el bien privado, porque se trata de conseguir una mejor calidad de vida, para el paciente y su familia, “y si no se opera se corre el riesgo de que suceda algo cada vez peor para todos”.

Roberto Selva, secretario de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, asegura que la Junta no tiene asidero legal para controlar este tipo de operaciones, y que en caso de una denuncia por mala praxis o una queja podrían iniciar una investigación. “Sucede que sólo inscribimos a los médicos cuando son generales; la especialización no la controlamos, porque tampoco se contempla en la Ley de Educación Superior”.

Cada asociación médica tiene su reglamento, que inscribe en el Ministerio del Interior, y se publica en el Diario Oficial. “Pero en eso la Junta no tiene ninguna injerencia”.

Por su parte, José Miguel Fortín



**VULNERABLES.** Los pacientes mentales se muestran especialmente vulnerables a tratamientos agresivos porque, según la medicina, es la única forma de controlarlos.

Magaña, presidente de la Asociación Salvadoreña de Psiquiatría, argumenta que en el país no existe un compromiso ético de parte de muchos médicos, y que el hecho de que la colegiatura no sea obligatoria hace que la supervisión de la carrera sea menor. “Somos aproximadamente cincuenta psiquiatras en el país, y sólo cuarenta estamos colegiados. De los demás no sabemos nada”.

Sospechar que una mala política

en el tratamiento de pacientes psiquiátricos esté orillando a ciertos galenos a considerar la psicocirugía como alternativa, sin el debido análisis, es algo que nadie se atreve a asegurar. Pero el convencimiento de que las malas condiciones del principal centro psiquiátrico del país, lejos de augurar progresos al paciente, le ofrece condiciones para empeorar, se admite entre el gremio médico.

Con la tecnología como Mecenas

o con la fe como único escudo en la ruleta rusa que es el porcentaje de resultados positivos, seguramente la psicocirugía continuará en la lista de actividades posibles.

Mientras el callejón sin salida que son algunos enfermos mentales continúe mostrando el camino de la desesperación a los familiares y médicos, la última palabra acerca de la lobotomía aún está por escribirse en El Salvador.