

Heston, L. L., "The Genetics of Schizophrenic and Schizoid Disease". *Science*, núm. 167, 1970, pp. 249-256.

En la actualidad ha quedado bien establecido que existen factores genéticos en el desarrollo de la esquizofrenia, aunque el medio ambiente también juega un papel etiológico. Los resultados de investigaciones recientes han llamado la atención sobre los desórdenes esquizoides, un término aplicado a alteraciones psiquiátricas que se semejan a la esquizofrenia y que se suelen encontrar en algunos parientes de los esquizofrénicos. Se discuten los diversos problemas conceptuales y de investigación que presenta el esquizoide.

Los individuos esquizoides y los esquizofrénicos se presentan en aproximadamente igual proporción en gemelos monocigotos de padres esquizofrénicos. Aproximadamente el 45% de los hermanos, padres e hijos de un esquizofrénico son esquizoides o esquizofrénicos, así como aproximadamente el 66% de los niños de dos esquizofrénicos. Tomando como base el riesgo conocido para la esquizofrenia en la población general, se ha estimado que cuando menos el 4% de la población general será esquizoide o esquizofrénica.

Partiendo de que los gemelos monocigotos son genéticamente idénticos, parece ser que el mismo genotipo es compatible con la enfermedad esquizoide o con la esquizofrenia. La proporción de parientes de primer grado afectados y la segregación de individuos afectados dentro de familias se aproxima estrechamente a los valores

teóricos esperados en base a la hipótesis de un defecto en un solo gen autosómico dominante. Sin embargo, genes modificadores juegan un papel significativo: esto se discute y se integra dentro de la hipótesis genética principal. Se hace hincapie en hipótesis que pueden ser probadas en investigaciones futuras.

ALEJANDRO CUEVAS SOSA

Deniker, Pierre, "Les Formes Paucisymptomatiques de L'hysterie". *Confrontations Psychiatriques, Aspects Modernes de la Psychiatrie*, núm. 4, 1969, pp. 87-98.

*Introducción:* Es sabido que en nuestros días, las formas clásicas, las más espectaculares de la histeria son cada vez más raras en nuestra civilización. Tal parece que las manifestaciones histéricas estuvieran sufriendo un empobrecimiento progresivo. Paralelamente, la gravedad del pronóstico social a largo plazo tiende a afirmarse. De hecho, la histeria se presenta menos teatral y menos característica, pero tiende a confirmar su poder "invalidante" ante la sociedad. Pero, aún en su "despojo" sintomático actual, es posible que "la gran simuladora" ofrezca una nueva posibilidad de aproximación a sus mecanismos íntimos que pudiera guiarnos en las medidas terapéuticas.

*Clínica:* Sin duda se observan más estos casos de histeria paucisintomática en sujetos del sexo masculino, pero desde Charcot se sabe que las observaciones hechas en un sexo son generalmente válidas para el otro.

*Formas de sintomatología reducida:*

Domina en estas formas una notable incapacidad para el esfuerzo y una total ineptitud para el trabajo que contrasta bien a menudo con el aspecto benigno o rudimentario de la sintomatología invocada. El sujeto "no puede hacer nada". Una corta marcha o la misma estación de pie, provocan una constricción torácica, palpitaciones, debilidad en las piernas, falsos vértigos y la sensación de estar perdido. La menor emoción, las pequeñas contrariedades, los esfuerzos psicológicos, los cambios de tratamiento y toda novedad, provocan la exacerbación de síntomas que en realidad no tienen nada de inquietante desde el punto de vista médico, pero a los que el enfermo se obstina en conceder carácter de obstáculos insuperables.

*Formas monosintomáticas:*

En ciertos casos la sintomatología se reduce a una única preocupación somática que concierne menos a los estigmas clásicos (parálisis o anestias) que a enfermedades banales: cefaleas, algias persistentes sin sustrato develable, insomnio, "cabeza vacía", etc. Lo que más importa a ojos del enfermo no es tanto la gravedad del síntoma, sino su perseverancia y la incapacidad de los médicos para proporcionar un remedio durable. Se ha podido investigar que en estos casos la sintomatología invocada es rigurosamente psicológica, pero es resentida por el paciente como alteraciones definitivamente orgánicas. Tal es el

caso de los "golpeteos cardiacos", la arritmia respiratoria (respiración suspirante), la torpidez digestiva, la taquicardia emocional, los sudores, etc.

*Formas de sintomatología cambiante:*

Auber ha publicado una serie de observaciones de enfermos hospitalizados en la Clínica de Santa-Ana, algunos de los cuales llevaban interrumpida su actividad por muchos años (a veces más de cinco). La anamnesis revela que los diagnósticos hechos en el curso de la evolución habían variado entre afecciones neurológicas, psiquiátricas o somáticas en función de modificaciones semiológicas de tal o cual síntoma configurador del cuadro clínico. Las manifestaciones típicamente histéricas eran relativamente raras y transitorias. Realmente en esos casos, la invalidación social resultaba menos de la gravedad de los trastornos invocados como de todas las investigaciones médicas en el enfermo (estudios de laboratorio y gabinete, intervenciones quirúrgicas, etc) y de las reiteradas hospitalizaciones después de sucesivos cambios de médicos.

*Formas pseudo-hipocondriacas:*

En ciertos sujetos, lo porfiado de la fijación a las preocupaciones somáticas ha podido hacer evocar el diagnóstico de hipocondriasis. La rigidez de las defensas opuestas a toda aproximación psicoterapéutica

haría pensar en una personalidad paranoide más bien que en la plasticidad clásica de los histéricos; toda vez que el análisis paciente y minucioso de la génesis de los problemas, su comprensión y la puesta en juego de medidas adoptadas son capaces de transformar rápidamente la situación y de redondear sus verdaderas características.

#### *Formas de fijación en alteraciones biológicas:*

Se sabe después de largo tiempo que “el descubrimiento” de una supuesta causa orgánica puede tener una acción terapéutica mágica sobre los síntomas histéricos. La naturaleza del origen del problema parecería probada y el enfermo aceptar entonces la curación si ella entra en su dinámica psicológica, pero al mismo tiempo se prepara la posibilidad de “recaídas” en las cuales su realidad será indiscutible. Se puede decir que aunque los resultados biológicos son de interpretación arriesgada, son muy sugestivos. Ciertos charlatanes han querido encontrar en interpretaciones y exámenes más o menos fantasiosos y en terapéuticas pseudocientíficas una clientela asidua de histéricos.

#### *Semiología común a las diversas formas*

Desde el punto de vista de los signos clínicos, el que domina es el estado de impotencia con incapacidad para el menor esfuerzo y en

general negativa al trabajo bajo todas sus formas incluso terapéuticas.

Ello resulta frecuentemente como invalideces socio-profesionales que se reforman a medida que se prolongan y que pueden convertirse en *cuasi irreversibles*. El enfermo acepta fácilmente una situación lamentable, al abrigo de sus protectores o con la ayuda de medios de asistencia social.

#### *Evolución:*

Ésta es a menudo grave si la readaptación precoz del sujeto no se ha podido obtener. Cuando los enfermos llegan al especialista atareado, han agotado ya muchos de sus “chances” (oportunidades): de médico en médico y de hospital en hospital, la ruptura profesional es consumada. Con frecuencia la sociedad se desalienta o hasta se rebela después de haber sido más o menos comprensiva. El divorcio o la disolución familiar puede ocurrir. Muy a menudo el enfermo se queda solo o lo que es peor, vive miserablemente mientras depende de un familiar caritativo o de una madre inquebrantablemente fiel en la decadencia.

*Conclusión:* Es de insistirse sobre la frecuencia y la importancia médica social de las formas paucisintomáticas de la histeria. Los autores han querido abordar el análisis de un fenómeno que cada médico puede comprobar en la práctica. No se trata sin duda de “nuevas” formas de histeria, sino de aspectos más frecuentes en la

vida moderna, que de alguna manera le favorecen.

*Resumen:* Existe, parece ser, una verdadera transformación moderna de la histeria, cuya sintomatología tiende a empobrecerse y a volverse menos típica, mientras que su evolución se prolonga pudiendo motivar invalideces sociales de larga duración. Pueden presentarse diferentes cuadros clínicos, de semiología falaz, rudimentaria o evolutiva. Algunas veces toma pretexto de anomalías biológicas.

Las formas paucisintomáticas pueden llegar hasta casos propiamente “asintomáticos”. Desde el punto diagnóstico, todas estas formas conservan, sin embargo, lo esencial de la histeria con su determinismo y su finalidad puramente psicoafectivos que hay que saber evidenciar.

El análisis patogénico revela, de manera unívoca, el papel de la distancia dolorosamente resentida que existe entre el nivel de las aspiraciones personales y la consciencia de la debilidad del yo. De ello pueden sacarse ciertas implicaciones terapéuticas: las gratificaciones oportunamente concedidas son las únicas capaces de movilizar una situación bloqueada. La rehabilitación sólo podrá obtenerse por etapas muy progresivas, al propio tiempo que se prosigue una terapia de sostenimiento y un esfuerzo de clarificación de los motivos de la ruptura entre el querer y el poder.

JAVIER ARTEAGA

Cooper, David, *Psiquiatría y anti-psiquiatría*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.

David Cooper, asociado con R. Laing y A. Esterton en el desarrollo de una

concepción existencial y fenomenológica de la locura, ve en la clasificación psiquiátrica y el tratamiento de las enfermedades mentales tradicionales una forma de colusión por la cual los sanos elegimos a otros (los llamados psicóticos) para liberarnos del caos que rehusamos afrontar en nosotros mismos.

El autor plantea que en el campo de la psiquiatría, en medio de personas que están en situaciones extremas, uno experimenta la “sensación de duda” del Zen: por qué estoy aquí, quién me ha traído o por qué he venido yo mismo, quién me paga para qué, qué debo hacer, por qué hacer algo, por qué no hacer nada, qué es algo y qué es nada, qué son la vida y la muerte, la salud y la locura.

En este libro, el autor intenta examinar cuidadosamente a la persona que ha sido rotulada de esquizofrénica, considerándola en su contexto humano real, e indaga asimismo cómo llega a asignársele ese rótulo, quién realiza la asignación, y qué significa ésta para el rotulador y para el rotulado.

Observa Cooper que es un estudio sobre un modo de invalidación social, tomando este término en un sentido doble: en primer lugar, se hace que una persona se ajuste progresivamente a la identidad pasiva, inerte, de inválido o paciente, aunque parte de esta identidad implica una ilusión de actividad. Anterior, simultánea y dialécticamente vinculado con la invalidación en este sentido, está, en segundo término, el proceso por el cual casi todo acto, afirmación y experiencia de la persona rotulada es sistemáticamente considerado inválido de acuerdo con ciertas reglas de juego

