

- [40] — *Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression.* Borota Schoeler, Viena, 1963 (ingl.: *On Aggression*).
- [41] — "Ritualized Fighting", en *The Natural History of Aggression*, ed. J. D. Carthy y F. J. Ebbing, Londres, 1964 (*Historia natural de la agresión*, Siglo XXI, ed., México, 1966).
- [42] — "The objectivistic theory of instinct", en (1), p. 51-77.
- [43] — "Plays and vacuum activities", en (1), p. 633-75.
- [44] — *Evolution and Modification of Behavior*². Univ. Press, Chicago, 1967.
- [45] — "Vergleichende Verhaltensforschung", en (5), p. 15-47.
- [46] Meyer-Holzappel, Monika. *La agresividad en los animales*, en (3), p. 241-258.
- [47] Montagu, Ashley, *The human Revolution*², Bantam Books, Cleveland 1967. (*La revolución del hombre*, Paidós, Buenos Aires, 1967).

LIBROS Y REVISTAS

Crane, E. G., "A Review of Clinical Literature on Haloperidol". *Inter. Journ. of Neuropsychiat.*, vol. 3, Suplemento núm. 1, agosto de 1967, pp. 111-119.

El autor revisó la bibliografía sobre la aplicación clínica del haloperidol hasta noviembre de 1965. Seleccionó noventa y ocho trabajadores originales que sumaron un total de cinco mil trescientos pacientes.

Dosis. La dosis usada en los 98 trabajos varió de 1 mg. a 200 mgs. diarios (en un estudio un paciente recibió 1 000 mg. diarios). La dosis media fue de 15 mg. por día. La dosis de sostén varió de 1 mg. a 16 mg. con una media de 4.75 mg. para todo tipo de pacientes y 5.25 mg. para pacientes esquizofrénicos. Conforme al diagnóstico los pacientes se dividieron en cinco categorías: 1) Esquizofrenia aguda; 2) esquizofrenia crónica (más de dos años de tratamiento); 3) esquizofrenia mixta (estudios que no especificaron el tiempo de evolución); 4) estado maniaco, 5) estado depresivo. El aspecto de acción del haloperidol fue similar al de otras drogas antipsicóticas; la mejor respuesta se observó en los pacientes maniacos, seguidos por esquizofrénicos agudos, mixtos y crónicos. Los pacientes deprimidos tuvieron una respuesta pobre.

Se observó en forma muy marcada que dosis mayores de 16 mg. por día fueron menos efectivas que dosis menores de 15 mg. por día; no hubo ninguna diferencia en los resultados obtenidos en pacientes tratados con dosis mayores y menores a la dosis media de sostén de 4.75 mg. por día.

En 31 estudios se controló el periodo de tratamiento que varió de menos de una semana a dieciséis semanas, con un promedio de cinco semanas. Estudios menores de cinco semanas de duración reportaron resultados más favorables que aquéllos que duraron más de seis semanas. Como cosa curiosa los estudios que predeterminaron el tiempo de administración de la droga obtuvieron mejores resultados que aquellos que se sujetaron a la respuesta favorable del paciente.

No hubo ninguna diferencia evidente entre las tres presentaciones del medicamento: gotas, tabletas y ampollitas. Ni hubo una relación muy clara entre los efectos secundarios y las respuestas terapéuticas.

Relacionando la eficacia del haloperidol con los síntomas individuales, se encontró que se obtienen mejores resultados en la modificación favorable de la sociabilidad, la hiperactividad y la agitación de los enfermos y después en la ideación paranoica.

Los efectos secundarios fueron similares a los de las fenotiazinas. Cuando se usan dosis mayores de 32 mg. aumentan considerablemente los efectos secundarios. Usando drogas antiparkinsonianas profilácticamente éstos disminuyen considerablemente. La frecuencia de trastornos hepáticos serios es de dos por cada mil pacientes. En un caso de cada mil tratados, el enfermo murió súbitamente.

Entre 16 estudios que incluyeron 509 pacientes y usando una escala adecuada de valoración con estadística y metodología correctas, se encontró mejoría importante en el 49%



de los enfermos esquizofrénicos de cualquier tipo, el 63% de enfermos agudos y el 29% de los crónicos. Las dosis variaron de 4 a 40 mg. Se observó que en los estudios no controlados se reportaron resultados más optimistas que en los controlados.

Se encontró que el haloperidol es particularmente efectivo en el síndrome de Gilles de la Tourette. Además se observaron buenos resultados en la excitación psicomotriz, en algunos casos de patología cerebral orgánica como la corea de Huntigton y en el control del comportamiento destructivo e impulsivo.

El autor concluye que el haloperidol tiene todas las características de una buena droga psicotrópica, sin ser mejor que el resto de los antipsicóticos más potentes, excepto por los cinco casos de síndrome de Gilles de la Tourette reportados. Su acción terapéutica sobre las alucinaciones, ilusiones y síntomas nucleares de la esquizofrenia es dudosa. Dosis mayores de 16 mg. no parecen ser mejores que las menores. Cuando la dosis sube más de 32 mg. se acompaña de un incremento importante de las manifestaciones secundarias. Hay evidencia de que dosis de 5 mg. administradas por periodos largos dan buenos resultados y son bien toleradas. En sus efectos secundarios no se diferencia de las fenotiazinas. El hecho de que varios pacientes hallan recibido más de 200 mg. diarios sin trastornos serios, indica que tiene un buen margen de seguridad.

C. CAMPILLO S.

Bowers, B. M. Jr., "Pathogenesis of Acute Schizophrenia Psycho-

sis. An Experimental Approach". *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 19, septiembre de 1968, pp. 348-355.

El autor describe el proceso de la transformación de la experiencia humana interna conocida como psicótica, desde el punto de vista del individuo en quien ocurre.

Utiliza el método fenomenológico, que no debe confundirse con la fenomenología filosófica. Examinó la experiencia de 55 pacientes entre 20 y 38 años de edad, estudiados por un tiempo variable entre 6 semanas y 3 meses.

Fueron internados por primera vez con el diagnóstico de *reacción esquizofrénica aguda*, pensando que se trataba de un proceso agudo delirante de causa desconocida y tratados con fenotiazinas; su rápida readmisión por síntomas psicóticos permitieron un estudio más detallado. Se le pidió a cada paciente que narrara lo que recordara de la experiencia de su enfermedad, con respecto al primer ataque y a la evolución de su padecimiento. Se le hicieron preguntas específicas, por ejemplo; ¿qué cree Ud. que estaba pasando?, ¿cómo se lo explicó usted mismo?, ¿no le parece una conclusión increíble?, etc.

En el paciente prepsicótico existe un estado de ánimo caracterizado por la sensación de estar en una situación donde no hay escape. El estado emocional básico fue de una culpa abrumadora y de pavor ante la confrontación en etapas decisivas de maduración. Fue común encontrar rápidas oscilaciones del humor. En ocasiones la sensación de estar en una situación en la que no hay escape es suplantada por una preocupación intelectual, que muestra el conflicto de las fuerzas psíquicas. Laing ha descrito "el yo dividido" como un predicamento

existencial del individuo prepsicótico, hecho que se presentó en estos pacientes.

De la experiencia de estar en una situación sin escape, aunque no siempre, los pacientes pasan a una experiencia consciente de mayor intensidad, tanto por estímulos internos como externos. Las sensaciones visuales y auditivas parecen particularmente agudas. Los pensamientos y las percepciones vienen más rápidamente de lo que pueden asimilar. En esta etapa los individuos pueden sentir que están funcionando a un alto nivel o que han aumentado sus poderes creativos. Pueden experimentar emociones con gran intensidad y los recuerdos de su niñez o emociones olvidadas pueden surgir en su consciencia. Algunos pacientes reportan un aumento temporal de su actividad sexual. Hay periodos de exaltaciones del sentimiento de identidad.

La experiencia psicótica no sólo es un aumento en intensidad pues hay también alteraciones cualitativas. Las cosas parecen tener significados ocultos; súbitamente están animados con ideas y designios extraños. Se establecen curiosas conexiones entre lo que se percibe y lo que se siente. El psicótico incipiente pronto pasa de la suspicacia a la "idea de referencia". Este cambio no sólo ocurre en el campo intelectual sino en el experiencial, a partir del cual, se produce una sistematización del pensamiento (delirios). El sentimiento interno del paciente distorsiona la percepción del mundo exterior. Casi invariablemente, después de la intensa percepción del yo, el paciente experimenta una pérdida progresiva del sentido del yo.

Los delirios han sido considerados clásicamente como un proceso restitutivo. Sin embargo, parecen ser el

resultado de las experiencias conscientes de mayor intensidad, de la alteración del influjo sensorial y de la experiencia del yo. Hay una secuencia de eventos en la formación de los delirios: 1) La sensación de estar en una situación en la que no hay escape, acompañada de un pavor y ansiedad insuperables. 2) La experiencia alterada del yo y del mundo. 3) Fuertes intentos por darle sentido a la experiencia. 4) El vencimiento de las restricciones impuestas por las defensas de la realidad normal. 5) Un cierto alivio y confort experimentado con las ideas delirantes.

De esta revisión y de los pacientes estudiados, concluye el autor que la relación temprana con los objetos ocurre en un medio afectivo; que la experiencia afectiva y perceptual en las psicosis agudas, sufre una regresión simultánea. La evolución del estado psicótico y la formación de delirios se debe a esta alteración y a la ausencia de las funciones correctivas del ego. Por estas razones los individuos prepsicóticos son incapaces de decidir y actuar en los momentos críticos de la maduración. Carecen de la habilidad de ser eficaces y de comprometerse. Esta alteración puede ser primaria, por un defecto de aprendizaje; o secundaria, por la ansiedad.

A. SÁNCHEZ B.

Andersen, T., "Nitrazepan (Mogadon) as a Sleep-inducing Agent". *Brit. J. Psychiat.*, pp. 115, 529, 1393-7, diciembre de 1969.

Los autores analizan las propiedades hipnóticas del nitrazepan comparándolas con las del fenobarbital y con las de un placebo. Para este estudio

