

se encuentran pasando por alguna situación vital difícil. Responden bien a la terapia farmacológica pero en ellos el tratamiento de fondo ha de ser psicoterapéutico.

III. Depresión Esquizoafectiva (incluye las antiguas categorías de personalidad esquizoide, esquizofrenia pseudo-neurótica, crónica indiferenciada). Estos pacientes pasan deprimidos la mayor parte de su vida, tienen una personalidad esquizoide, hipersensible, aislacionista, con graves dificultades en su relación interpersonal, frecuentemente se suicidan en forma inexplicable y es regla que tengan problemas sexuales. Psicodinámicamente se les describe con grandes trastornos del Ego. El tratamiento es difícil e incluye la farmacoterapia y psicoterapia reeducativa. Habitualmente tienen poco *insight*.

Existen otros dos grupos en los que la depresión acompaña a un trastorno mayor, en el primero de ellos se sitúa a la depresión resultante de una situación peculiarmente difícil o dolorosa, que se da en pacientes neuróticos casi siempre con una infancia difícil y en estos casos la sintomatología es atípica e inconstante "con días buenos y días malos", a veces con insomnio y otras con hipersomnia. Estos son casos en los que la psicoterapia es la medida indicada.

El otro grupo descrito es el de la depresión como síntoma prodrómico o acompañante de una enfermedad somática, sobre todo con lesión del sistema nervioso central y que presenta alteraciones de la conducta y cambios en el sensorio así como labilidad emocional.

El autor concluye diciendo que ni esta ni ninguna otra clasificación cubren los casos atípicos, y que cada enfermo,

como individuo, es lo que importa finalmente.

A. CASTILLO M.

Osmond, H., A. Hoffer, "A comprehensive theory of schizophrenia". *International Journal of Neuropsychiatry*, vol. 2, núm. 4, agosto de 1966, p. 302.

Los autores piensan que debe intentarse elaborar una teoría de la esquizofrenia que incluya y relacione los hallazgos que varias ciencias han hecho al interesarse en su estudio. Una teoría comprensiva de la esquizofrenia deberá por tanto incluir los hallazgos de los genetistas, de los neurofisiólogos y neurobioquímicos, de los clínicos y de los psicólogos, y deberá asimismo hacer referencia a las consecuencias psicosociales del trastorno ("efecto reverberante"). Los genetistas, a partir de los trabajos de Kallman y Slater, han ido demostrando el determinante genético de la enfermedad. Los resultados de 25 años de investigaciones pueden resumirse así:

La esquizofrenia se presenta en el 1% de la población mundial; entre el 5 y el 15% de la población de hermanos heterocigóticos que tienen un padre esquizofrénico padecen la misma enfermedad, y entre el 53-58% de los mismos si tienen dos padres esquizofrénicos, y, por último, entre el 85-90% de las parejas univitelinas coinciden en presentar esquizofrenia. Por otra parte, los fisiólogos han encontrado que existen grandes diferencias en ciertos caracteres funcionales entre el sujeto esquizofrénico y el no esquizofrénico, por ejem-

plo, el esquizofrénico difícilmente se hace alérgico a algo, soporta grandes dosis de histamina, no padece artritis reumatoide, resiste mejor el dolor y las lesiones extensas, difícilmente cae en estado de "choque", tolera grandes dosis de tranquilizantes, de insulina, de tiroxina, resiste mejor las infecciones (excepto la T.B.) y no responde con grandes elevaciones tensionales a la inyección de atropina.

Los autores buscan una explicación de estos fenómenos en una teoría genética, la de la doble dosis génica, que aparte de determinar, por lo menos parcialmente, la esquizofrenia, resulta en algunas "ventajas biológicas". La teoría se resume así: una dosis génica (uno o más genes) puede conferir "ventajas biológicas", pero ser dominada por una dosis génica que produce la enfermedad mental. Se proponen investigar la presencia de "ventajas biológicas" en los parientes del enfermo.

Las peculiaridades bioquímicas no están bien definidas, aunque en los esquizofrénicos se han encontrado concentraciones tisulares o séricas mayores de ciertas sustancias como la taraxeína, la bufotonina, el adrenolutín y otros adrenocromos, que si son inyectadas a monos o al hombre, reproducen alteraciones EEG y clínicas comparables a las del esquizofrénico. La excreción de estos productos es mayor cuanto mayor es la severidad del cuadro.

Los autores sostienen que el *substratum* fisiopatológico de la enfermedad lo constituye una alteración profunda de la percepción y para ello aducen los resultados de experiencias hechas por otros autores que a través de la sugestión posthipnótica inducen alteraciones de la percepción (visión bidimensional, *v. gr.*) y cuya conducta entonces es muy similar a la de este tipo de psicóticos.

En el artículo no se revisan extensamente ni las determinantes ni las consecuencias psicosociales del padecimiento, solamente se expone que la conducta del psicótico y sus alteraciones de la percepción son mejor toleradas en ambientes rurales de pequeña población o pobremente desarrollados culturalmente que en las grandes urbes contemporáneas. Los autores se refieren, con cierto énfasis, a una explicación bioquímica de la causa de la esquizofrenia y la llaman "el meollo de la teoría comprensiva". Tal explicación sostiene que la enfermedad se produce cuando existe una acumulación anormalmente alta de uno de los metabolitos de la nor-adrenalina: el adrenolutín, producto tóxico y psicotomimético. La adrenalina es normalmente convertida en adrenocromo; éste, por ser muy inestable, se transforma rápidamente en 5.6 dihidroxi-metil-indol, pero en esquizofrénicos se convierte en adrenolutín antes, y se acumula produciendo sus efectos sobre la percepción y con ello la esquizofrenia.

En apoyo a su teoría los autores aducen el que este producto es tóxico mitótico y ello explica las anomalías embrionarias encontradas en fetos de madres esquizofrénicas. Estos mismos productos metabólicos tienen efectos antihistamínicos y ello explicaría la tolerancia de los enfermos a la histamina y el que no presenten fenómenos alérgicos. El adrenolutín es vasopresor; tal vez por ello los esquizofrénicos difícilmente se "choquen"; es un inhibidor enzimático que provoca la disminución de GBA en el sistema nervioso y un aumento de la acetilcolina en ciertas zonas encefálicas, lo que explicaría los cambios EEG. Por último, algunas otras sustancias psicotomiméticas como el LSD 25 también interfieren con el metabolismo de la adrenalina.



Los autores suman a las pruebas de exactitud de su teoría bioquímica el hecho de que han aliviado a un gran número de pacientes esquizofrénicos (no muestran estadísticas en este trabajo) utilizando ácido ascórbico y nicotínico así como penicilamina; sustancias éstas indicadas para corregir el desorden metabólico.

A. CASTILLO M.

McKerracher, D. W., "I. Q. scores and the problem of classification". *The British Journal of Psychiatry*, vol. 112, núm. 487, junio de 1966, p. 537.

Existen dos medios para llegar a clasificar a sujetos que tengan una inteligencia subnormal. Uno es el criterio psicométrico, que consiste en el uso de *test* estandarizados, los cuales pueden clasificar a la población en orden de inteligencia. El otro criterio es el clínico, en el que los niveles intelectuales asumen un papel relativamente menor y se pone mayor énfasis en la madurez social y el control sobre la conducta. El diagnóstico clínico se basa principalmente en la historia del caso y en el examen médico. El psiquiatra utiliza su impresión clínica, y el psicólogo los significados del *test*. Existe menos dificultad y conflicto para clasificar a los individuos como *borderline* tomando en cuenta la interpretación de los *test*.

El reporte de una trabajadora social del B. P. S. (1963) sobre subnormalidad muestra que el *test* más favorecido por psicólogos clínicos fue el Weschler. En 1959 el Binet fue el más reconocido, aunque se le ha criticado por tener demasiados "ítems verbales y educacio-

nales", los cuales son en ocasiones inadecuados para adultos.

Heatonward (1964) sostiene que el Binet con sus resultados se aproxima más al diagnóstico clínico de subnormalidad que el Weschler.

Se aplicaron las dos pruebas en pacientes de 16 a 48 años y se encontró una correlación alta entre el Binet y el Weschler con lo cual se puede decir que ambos *test* son igualmente eficientes.

Se hizo otro estudio en el cual se vio que el Weschler puede ser el *test* psicológico más aceptado como *test* de inteligencia para adultos subnormales, siempre y cuando el I. Q. sea cuantificado como representativo de la inteligencia funcional. Su expresión matemática es completa, su distribución en una población subnormal permanece casi normal y los *scores* son homogéneos. En contraste con el Binet, el cual se muestra asimétrico, parece producir un esparcimiento de los *scores* sin garantía. Infortunadamente, el método estadístico recomendado por Weschler, de designar un I. Q. de 70 como punto de discusión de subnormalidad, no corresponde con el diagnóstico de subnormalidad basado clínicamente. Weschler habla sobre el problema de la clasificación en su libro *Medición y valuación de la inteligencia del adulto*, y dice que "la deficiencia mental" es un concepto legal, psicológico, médico y social, y que cada ciencia tiene sus puntos de vista. El nuevo término legal de subnormalidad no es un sinónimo de defecto mental.

Las normas que deben usarse para definir deficiencia mental varían de tiempo en tiempo y de lugar a lugar.

Los psicólogos no deben ser demasiado rígidos y tomar el I. Q. de 70-55 como diagnóstico de subnormalidad. Han de aplicarlos como puntos de guía y no como límites diagnósticos.

En la clasificación de subnormalidad se pueden incluir individuos desadaptados emocional y socialmente, los cuales no manejan la agresividad en forma adecuada y son severamente irresponsables.

G. GEREZ M.

McGuire, Michel T., M. D., Stefan Stein, M. D. y Jack H. Mendelson, M. D., "Comparative psychosocial studies of alcoholic and non alcoholic subjects undergoing experimentally induced ethanol intoxication". *Psychosomatic Medicine*, vol. XXXIII, núm. 1, enero-febrero de 1966, pp. 13-25.

Este artículo revisa la enorme cantidad de literatura existente que señala que el alcohol reduce la ansiedad y la tensión, produciendo sentimientos de desadaptación, sobrecompensación y omnipotencia, con acentuación de las funciones ajenas al ego, y progresiva desaparición del aislamiento en los sujetos alcohólicos. Señala que éstas teorías se tenían por válidas aun sin que existiera confirmación franca individual, considerándose al alcohólico como sujeto esquizoide, deprimido, dependiente y hostil, con inmadurez sexual. Este estudio considera que tal afirmación es parcialmente valedera para los sujetos alcohólicos crónicos y es falsa para los no-alcohólicos, en los cuales, al incrementarse la dosis etílica, aumentan la ansiedad, la depresión y demás tendencias psicópatas.

El estudio se realizó en 8 sujetos, 4

de los cuales eran alcohólicos crónicos; todos ellos en buenas condiciones de salud y bajo estricto control médico y de laboratorio. Se dividió el estudio en tres periodos, uno previo a la ingesta, otro durante el cual se administró el alcohol (14 días) y otro posterior o de abstinencia. El grupo alcohólico esperaba ansioso la bebida, considerando que al hacerlo tendrían una importante elevación de sus facultades físicas y mentales, especialmente la potencia sexual y la atracción al sexo opuesto. Durante el experimento se observó un aumento en las relaciones interpersonales de los alcohólicos, mejoría del estado emotivo, sentimientos de supervaloración y omnipotencia, los cuales solamente duraron los primeros cuatro días del periodo de ingesta, decayendo a partir de esa fecha. Se observó mayor capacidad de tolerancia a las dosis del alcohol, con altos niveles sanguíneos, escasos trastornos de conducta y ningún síntoma digestivo. Se encontraron síntomas carenciales y estados de mayor ansiedad y depresión al cesar el experimento.

En los sujetos no-alcohólicos se observó temor previo al experimento y miedo a la sintomatología que pudiera presentarse y a tener conducta antisocial; aumento de la ansiedad y la tensión durante la administración. Abundaron los síntomas gastrointestinales y se encontró baja la capacidad de tolerancia al alcohol. Se observó una disminución de las relaciones sociales durante el experimento, que se normalizaron al final. En este grupo quedó la certeza de no volver a ingerir bebidas alcohólicas y no se encontraron síntomas carenciales.

R. OLIVERA