

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