

## LIBROS Y REVISTAS

Brown, W., Price, W., "Further Information on Identity of 47, XXY Males". *Brit. Med. Journ.*, vol. 2, 1968, pp. 325-328.

EN LOS hospitales de seguridad social en Inglaterra, se descubrió en algunos individuos, varias pulgadas más altos que el resto de los enfermos, una fórmula cromosómica diferente: 47, XXY.

En los enfermos que presentaban esta alteración coincidía también el diagnóstico de psicopatía con la peculiaridad de que los delitos de éstos fueron siempre en contra de la propiedad y no de la persona.

Se han realizado diversos tipos de estudios en estos enfermos, así como el intento para detectar esta alteración en hospitales de epilépticos y débiles mentales, sin llegar a un resultado.

Los autores concluyen que en esta alteración cromosómica: 47, XXY, no existe un correlato fenotípico, asumiendo que el origen de esta fórmula cromosómica se encuentre en la avanzada edad de los padres al momento de la concepción.

A. CÓRDOVA

Browers, "Pathogenesis of Acute Schizophrenic Psychosis. An Experiential Approach". *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 19, núm. 3, septiembre de 1968, pp. 340-349.

LOS ESTUDIOS fenomenológicos en pacientes psicóticos tienden a subrayar

el aspecto afectivo de las psicosis, el "dolor existencial" de la experiencia psicótica, con el objeto de entender en términos empáticos a los pacientes que se estudian, en vez de encuadrarlos en etiquetas diagnósticas que pecan de rígidas y deshumanizantes.

La siguiente secuencia en la formación de los delirios se ha observado con cierta frecuencia en el desarrollo de las esquizofrenias:

1. Inicialmente se presenta un estado de malestar, para resolver el cual no se encuentra la manera: "... no tenía adonde ir ...". "No había camino para salir de ello ..." Emocionalmente a menudo hay un sentimiento de culpa tan intenso que paraliza al paciente: "como si tuviera que dar un paso definitivo en su vida". Se percibe que hay amenaza seria a la vida, pero no es posible huir ni luchar. Son frecuentes las rápidas oscilaciones en el humor.

2. Alteración de la experiencia en la forma de percibir el *Self* y el ambiente: frecuentemente el paciente reporta que de la fase del miedo inicial pasa a una etapa de vigilancia exagerada, siente que debe "pensar y actuar", el sueño le parece inútil, no nota que está insomne, tiene la sensación que algo va a ocurrir. Emocionalmente hay fluctuaciones entre un miedo paralizante y un bienestar extasiante. Recuerdos largo tiempo olvidados regresan a la consciencia. Algunos pacientes tienen aumento del interés sexual. Como si las barreras entre el "mundo interno" y el externo se derribaran y se estuviera mu-

CHO MÁS ALERTA ante cualquier estímulo, ya sea éste interno o externo.

Se presenta asimismo un aumento de la percepción del *Self*; "Erickson ha descrito que la identidad se puede ver como una construcción psicológica, pero que se puede estudiar también en su sentido experiencial, pues existen periodos en la vida en que estamos con una consciencia, extremadamente alerta, con la mejor de las percepciones acerca de nuestra identidad ... especialmente en los momentos en que somos espontáneos ... o cuando estamos entrando en una crisis ..."

En esta fase el paciente psicótico considera —ideas de referencia e influencia— que las cosas tienen significados escondidos; a individuos neutros súbitamente se les vé animados de ideas y extraños designios. En todas las cosas se encuentra un significado —más o menos oculto— para la persona, como si todo tuviera importancia. Teleológicamente este fenómeno puede verse como defensivo para un individuo en peligro de perder la vida, ya que alertándose exageradamente ante cada paso que da, tiene mayor vigilancia y escrutinio de su percepción y una mayor facilidad de respuesta.

Es interesante subrayar que estas ideas de referencia no son intelectuales, sino experimentales. El sujeto siente una experiencia irrefutable, inmediata, de que los objetos, las personas, los eventos, las transacciones, etc., tienen un significado para él. Aún no se han formado categorías ni sistematizaciones (delirios).

En este estado es frecuente que los sentimientos alteren las percepciones, los objetos son deformados de acuerdo a los intereses del observador. La inversa es igualmente frecuente.

3. La sensación de "estar entendiendo" la experiencia: La ansiedad exagerada tiende a provocar un estado de hiper-vigilancia, el afecto y la percepción que normalmente tienen lazos funcionales entre sí, se contaminan uno a otro produciendo distorsiones de la realidad inducidas por el afecto o la percepción.

4. El estado de "aumento de identidad": existe la sensación de que las experiencias son entendibles de acuerdo con todas las nuevas sensaciones y percepciones que se están presentando.

5. Bloqueo de la realidad por la consciencia: Puede haber en algún momento de la experiencia elementos que hacen considerar al sujeto que hay algo inadecuado en sus experiencias.

Es frecuente que se experimente la vivencia inversa del "aumento de la percepción de identidad". Ahora se siente que el *self* se está disolviendo, se inician las sensaciones de despersonalización, y se percibe subjetivamente la incapacidad de controlar tanto la despersonalización como la pérdida de la identidad.

6. Sensación de alivio, de comodidad —aun de elación— la presentación del delirio franco: Clásicamente se han considerado los delirios como parte de un proceso reconstitutivo. Se pueden entender los delirios como producto de la alteración —aumento del influjo sensorial, la alteración del orden de las cosas para el enfermo, —es decir, de cómo ha decidido cambiar la importancia de las cosas en virtud de las nuevas experiencias— y los cambios de significado de sus experiencias. Al parecer, para la formación de los delirios se requiere además la pérdida de algunas de las funciones del Yo.



FROMM: Online

Se ha especulado que el psicótico carece de posibilidades para diferenciar las ideas de la realidad, que carece de capacidad para responder adecuadamente a la estimulación sensorial. Esta manera de pensar se debe a la influencia de Bleuler, quien hablaba de "alteraciones del pensamiento"; en este tipo de teorías poco o nada de importancia se da al afecto en el desarrollo de la psicosis.

Existencialmente, se ha sugerido (Searles, Laing) que el psicótico carece de la capacidad para distinguir la realidad (percepción) de las emociones (estado interno), lo cual se debe al mal desarrollo de las relaciones interpersonales; desarrollo que al no tener éxito, deja al sujeto en cierta manera "defectuoso", incapacitado para vivir posteriormente experiencias maduras.

Otros autores han encontrado en los esquizofrénicos un aumento en la estimulación sensorial y defectos en el proceso de "selección de palabras para hablar".

#### A. FAS

Neki, J. S. y Kishore, B., "Narcostimulation in Depressive States". *Amer. Journ. of Psychiat.* vol. 124, núm. 9, marzo de 1968, pp. 1196-1201.

La narcoestimulación es la terapia convulsiva modificada que produce en forma alterna narcosis y estimulación del sistema nervioso central.

Los autores usaron este método en 60 pacientes depresivos en Amritran, India, obteniendo una mejoría global de 68.3% que es comparable, en mejoría lograda, con otros tipos de terapia convulsiva.

La terapia convulsiva ha sido y quizás es todavía una de las terapias más ampliamente usadas en Psiquiatría, que continúa teniendo prestigio en el tratamiento de los estados depresivos.

La terapia convulsiva fue introducida por Meduna en 1933, en la forma de convulsiones inducidas por alcanfor. Sin embargo, la técnica ha sufrido, desde entonces; muchos cambios. El alcanfor fue remplazado por analépticos más eficaces tales como el Leptazol, el cual podía administrarse por vía intravenosa y producía una convulsión más rápidamente que el analéptico anterior. En 1937 Cerletti y Bini introdujeron la terapia electroconvulsiva (E.C.T.) que resultó más barata, más segura y más conveniente.

Con el advenimiento y uso en la E.C.T. de los relajantes musculares de corta acción, tales como la succinilcolina, se obtuvo una modificación de la electroconvulsivoterapia, ya que las convulsiones fueron evitadas por medio del bloqueo de la unión neuromuscular. Dada la efectividad de esta forma de tratamiento, llegó a ser evidente que las convulsiones no eran el aspecto terapéutico esencial de la terapia convulsiva. Aunque la electroconvulsivoterapia reemplazó la terapia convulsiva del Leptazol, muchos investigadores continuaron creyendo que la E.C.T. no era un sustituto exacto para la terapia convulsiva inducida por drogas.

El tipo de convulsión inducida por una forma de tratamiento era diferente de la inducida por el otro. Moreover encontró más efectivas las convulsiones por Leptazol, que las de la E.C.T. en el estupor catatónico, estados maniáticos y en estados de despersonalización. Además, la facilidad de

inducción de convulsiones con Leptazol (la cual no requería aparatos y podía ser aplicada en cualquier sala de la Clínica), también contribuyó a su empleo a pesar de la popularidad ganada por la E.C.T. Algunos investigadores, comprendiendo que una forma de terapia convulsiva no era un sustituto exacto de la otra, comenzaron a usar terapia analéptica electroshock combinada. La terapia convulsiva provocada por el Leptazol también fue modificada con los relajantes musculares; pero mientras los relajantes musculares prevenían ciertos riesgos acompañantes de la terapia convulsiva, introducían al mismo tiempo algunos de sus propios riesgos, como apnea prolongada o irreversible. También producían una sensación de sofocación y dolor durante el periodo fasciculario y por eso el Tiopental fue combinado con relajantes al modificarse la E.C.T. Sin embargo, se observó que los barbitúricos eran antagónicos de la acción convulsiva del Leptazol.

En este estudio los autores tratan de probar el efecto de la terapia convulsiva modificada con Leptazol-Tiopental en estados depresivos. El propósito de esta terapia fue usar una dosis convulsiva o supraconvulsiva del analéptico, sin la inducción de convulsiones (las cuales fueron prevenidas por la previa administración de Tiopental), pero sin la supresión de la estimulación del sistema nervioso central por el analéptico necesario para la eficacia terapéutica. Un reporte preliminar hecho por Laverne, quien la introdujo bajo el nombre de "narco-estimulación", vino como ayuda al ensayo propuesto.

Técnica: "Narcoestimulación" es el nombre dado a una terapia que alterativamente produce narcosis y esti-

mulación del sistema nervioso central. La narcosis es inducida por una inyección endovenosa de Tiopental (0.2-0.3 gr. en una solución al 2.5%). Esta es seguida por 5 a 12 cc. de una solución de Leptazol al 10%, dada rápidamente a través de la misma aguja. Esto produce estimulación del S.N.C.; el paciente despierta a los 10 ó 15 segundos y no se producen convulsiones.

El tratamiento fue dado cada tercer día o dos veces por semana, dependiendo de las necesidades individuales del paciente.

En algunos casos, cuando los pacientes experimentaron ansiedad al tratamiento, se administró una segunda dosis pequeña (2-3 cc. de solución al 25%) de Tiopental después de despertar. En dichos casos, sin embargo, la premedicación con Atropina se consideró esencial. El estudio se efectuó en 60 pacientes depresivos, 29 hombres y 31 mujeres; sus edades fluctuaban entre 14 y 72 años (promedio 38 años).

Estos pacientes fueron estudiados por un periodo de 3 semanas a 3 años (promedio cerca de 6 meses). Un número total de 356 tratamientos fue administrado (promedio 5.9 por paciente).

Resultados: El resultado fue evaluado así: marcadamente mejorados, ligeramente mejorados, no mejorados y empeorados. El mejoramiento marcado fue considerado como la remisión de los síntomas a un grado que habilitaba al paciente a reanudar sus funciones normales en su medio ambiente social. Los pacientes mejorados abarcaron el 68.3% del grupo total (30% ligeramente mejorados; 38.3% marcadamente mejorados).

Efectos severos secundarios suficientes para discontinuar el tratamiento,