

Los autores concluyen que la región septal y la basal del núcleo caudado contienen un antígeno único contra el que puede ser creado un anticuerpo, el cual es capaz de combinarse con el núcleo de neuronas de esta región y probablemente inducir a través de alteraciones en la conducción neurohumoral aberraciones en el E.E.G. asociadas a conducta esquizofrénica. Y como el suero de enfermos esquizofrénicos contiene una globulina (taraxeína) con características especiales, se considera que la taraxeína puede ser el anticuerpo y que la esquizofrenia probablemente representa una enfermedad auto-inmune.

A. CÓRDOVA

Jouvet, Michel, "The States of Sleep". *Scientific American*, vol. 216, núm. 2, febrero de 1967, página 62.

Revisando el problema, al cual el autor ha hecho aportaciones importantes, señala que de acuerdo con los estudios electroencefalográficos, la actividad cerebral durante el sueño comprende dos estados, el de sueño ligero y el de sueño profundo, que también recibe otros nombres como el de sueño paradójico, sueño de ondas rápidas o sueño con movimientos oculares rápidos.

El periodo de vigilia se acompaña de actividad eléctrica cerebral caracterizada por ondas rápidas de bajo voltaje, tanto en la corteza como en las estructuras subcorticales, y por un aumento significativo del tono muscular. El estado de sueño ligero se caracteriza por una disminución de la actividad eléctrica en la corteza y en las estructuras subcorticales y la conservación del tono muscular. El estado de sueño profundo

o paradójico puede subdividirse en dos periodos: uno denominado tónico, con fenómenos eléctricos continuos, en el que se observan ondas rápidas, semejantes a las de la vigilia, en la corteza y en las estructuras subcorticales y ondas teta, muy regulares a nivel del hipocampo y la total desaparición del tono en los músculos del cuello. El otro se denomina fásico y se caracteriza por una actividad eléctrica en forma de espigas de alto voltaje, aisladas o agrupadas, que se presentan a nivel de la protuberancia y de la corteza occipital. La fase de sueño profundo se acompaña de movimientos oculares rápidos (REM) y de fenómenos en otras partes del cuerpo del animal como pequeños temblores musculares que en las extremidades producen flexiones rápidas de los dedos, movimientos de las orejas, de la cola, la lengua y aumento episódico de la frecuencia de los movimientos respiratorios.

El gato, que es el animal en el que se han hecho estos experimentos, pasa el 35 % de las 24 horas del día en vigilia, el 50 % en sueño ligero y el 15 % en sueño paradójico.

El autor propone una hipótesis neurobioquímica del sueño. Dice que hay datos suficientes para pensar que el periodo de sueño ligero se inicia y se sostiene por la actividad de algunas estructuras que se encuentran en el sistema del rafé, localizado en el tallo cerebral. Estas estructuras actuarían frenando al sistema reticular activador e iniciando el sueño ligero. Las estructuras implicadas en la producción del estado de sueño profundo parecen estar localizadas en la parte dorsal de la protuberancia en el *locus coeruleus*. Dado que la serotonina abunda en el sistema del rafé y la norepinefrina en el *locus coeruleus*, puede pensarse que éstas dos sustancias son los neurohumores im-

plicados en los dos estados de sueño y que el paso del uno al otro estaría regulado por una monoaminoxidasa. Según el autor, esto explicaría la observación de que los inhibidores de la M.A.O. producen alteraciones del sueño profundo pero no del ligero.

A. CÓRDOVA

Szara, S., "The Hallucinogenic Drugs. Curse or Blessing?" *Amer. J. Psychiat.*, 123:12, junio de 1967, p. 1512.

Las drogas alucinógenas que el autor de este artículo propone se designan con el nombre de psicodislépticas, y son divididas para su estudio en tres grupos: el de las feniletilaminas, relacionadas con la adrenalina porque sus constituyentes tienen una estrecha similitud con los catecoles simpaticomiméticos (mescalina); el grupo de las triptaminas, que incluye a los alucinógenos más conocidos y potentes y en el que descuellan el LSD-25, producto sintético del ácido lisérgico y, por último, un tercer grupo, heterogéneo, cuyos efectos psíquicos son claramente diferentes a los de la mescalina o el LSD, como el "ditran", que es un peridil-glicolato.

El autor subraya la idea de que el efecto de las drogas alucinógenas depende fundamentalmente de la personalidad previa del sujeto y no de la naturaleza de éstas y señala las limitaciones de los estudios bioquímicos y farmacológicos realizados hasta la fecha. Sugiere que podríamos comprender y producir mejor las reacciones a las drogas si las relacionáramos con la estructura, la bioquímica y la información del sistema nervioso central. Diferencia tres tipos de reacción según que el paciente sea sano, psicótico o limítrofe.

El autor critica la publicidad indiscriminada y desfavorable que se ha hecho a las drogas y propone su control.

C. SERRANO

Grinker, Rey R. Jr., "Complementary Psychotherapy: Treatment of 'Associated' Pairs". *Amer. J. Psychiatry*, 6 de diciembre de 1966, página 633.

En este artículo, el autor analiza los problemas técnicos que plantea la psicoterapia aplicada por un mismo terapeuta a dos personas estrechamente ligadas, como esposos, madre e hijo o amigos.

Los estudios previos respecto a esta situación son escasos. Hasta hoy se había considerado inconveniente, pero se ha planteado la necesidad de una psicoterapia complementaria en algunos casos, sobre todo cuando la interacción entre miembros de la familia, es el principal foco de *stress*.

El autor piensa que esta forma de terapia es ocasionalmente deseable, unas veces necesaria y otras desastrosa, pero en general resulta de una utilidad práctica considerable; piensa por lo demás que en algunos casos resulta inevitable, y que representa para quienes están interesados en no usar únicamente las formas clásicas de terapia, un complemento más para su provisión terapéutica. Presenta dos casos en los que ilustra esta forma de tratamiento y las dificultades que plantea.

C. SERRANO

Hudgens, Richard, W., James Morrison, R. et. al., "Life Events and Onset of Primary Affective Disorder".

ders". *General Psychiatry*, vol. 6, núm. 2, febrero de 1967, páginas 134-45.

En una investigación que incluye a 40 enfermos hospitalizados con trastornos afectivos y a 40 enfermos hospitalizados en servicios de medicina y cirugía, los autores tratan de estudiar la relación existente entre los sucesos de la vida y los desórdenes afectivos.

Seleccionaron para ello a 40 enfermos cuyos trastornos afectivos se ajustaron al siguiente criterio:

En lo que respecta a la depresión:

1) Primera manifestación, repentina o gradual, después de la cual el paciente es diferente en su yo habitual.

2) Esta diferencia se caracteriza por humor depresivo, persistente o recurrente.

3) El paciente presenta cambios por lo menos en tres de los siguientes aspectos: Pérdida de energía, pérdida del interés, trastornos del sueño, anorexia, pérdida de libido, retardo en el hablar o en el actuar, variación diurna del humor, retirado de los contactos sociales, agitación física, ansiedad obsesiva, irritabilidad marcada y delirio (de pobreza, de perversidad o de enfermedad).

4) Sin trastornos de la conciencia.

5) Sin otro diagnóstico psiquiátrico que depresión como tal.

En lo que respecta a la manía:

1) Primera manifestación, sea repentina o gradual, después de la cual, el paciente es diferente en su yo usual.

2) Esta diferencia se caracteriza por un humor persistente o recurrente de euforia o grandiosidad, con aumento en la energía y aumento en la velocidad de pensamiento o acción.

3) Cuando menos uno de los siguientes síntomas: impaciencia, irritabilidad, humor lábil o atención corta, por etapas.

4) Sin trastornos de la conciencia.

5) Sin otro diagnóstico psiquiátrico que el de manía.

De los 40 enfermos, 34 presentaron depresión y 6 manía, formando un grupo heterogéneo en cuanto a edad, sexo, religión, raza, estado civil, educación escolar, ocupación y sueldos.

Los otros 40 casos fueron obtenidos de los servicios de medicina y cirugía, bajo el siguiente criterio: sexo, estado civil, edad, raza y costo de la hospitalización, formando entonces con el grupo de pacientes psiquiátricos un grupo homogéneo en cuanto a las características mencionadas. Además, estos enfermos debían de llenar las siguientes condiciones:

1) Nunca haber sido hospitalizados por síntomas psiquiátricos.

2) No tener antecedentes de estados crónicos de alcoholismo.

3) No sufrir enfermedad psiquiátrica actual y

4) No tener antecedentes de faltas en el trabajo, escuela o problemas domésticos atribuibles a síntomas psiquiátricos.

O sea, que la única diferencia entre los dos grupos fue que el grupo control no tenía en ninguno de sus componentes historia de padecimiento psiquiátrico. A todos los enfermos se les hicieron historias clínicas que abarcaron aspectos psiquiátricos sociales, estado mental e historia familiar.

En el grupo de control, los autores no encontraron una clara relación entre situaciones de *stress* y enfermedad, en tanto que en el grupo de enfermos psiquiátricos, el episodio de trastorno afectivo se presentó dentro de un periodo de 6 meses de situación de *stress*.

Los autores concluyeron que cuando en un grupo de enfermos psiquiátricos la manía o la depresión empezaron después de un evento de *stress*, la relación temporal entre *stress* y la aparición de

la enfermedad puede haber sido casual. Los autores comentan que dado que la "esencia" psicológica, bioquímica y neurofisiológica de los trastornos afectivos es aún desconocida, sería prematuro establecer o negar la existencia de una conexión definitiva con una causa presumible.

F. DEL VILLAR

Heath, R. G., "Schizophrenia: Biochemical and Physiologic Aberrations". *International Journal of Neuropsychiatry*, vol. 2, núm. 6, diciembre de 1966, p. 597.

El autor relata sus investigaciones ampliamente conocidas que precedieron a los trabajos en que postula que la esquizofrenia es probablemente una enfermedad de carácter inmunológico. Las investigaciones efectuadas por él y su grupo durante varios años, condujeron al aislamiento de una fracción globulínica (taraxeína) del plasma de enfermos esquizofrénicos capaz de producir cuadros psicóticos al ser administrada a humanos. La inestabilidad de esta globulina ha dificultado su manejo por otros investigadores, así como la comprobación de su existencia real y de sus efectos psicotizantes.

Los datos de estas investigaciones sugirieron la hipótesis de que probablemente existe una interacción entre esa proteína, la taraxeína y una pequeña molécula liberada durante el *stress*, quizá una catecolamina o un péptido al cual se supone esencial para que la globulina sea capaz de inducir una psicosis. Trabajos más recientes hacen pensar que probablemente la taraxeína es un anticuerpo anti-cerebro y por lo tanto la esquizofrenia una enfermedad inmunológica cuya reacción antígeno-anticuer-

po se lleva a cabo en la región septal, en la cual se comprueba un acumulación de histamina. Un hecho, que parece estar en contra de esta hipótesis, es que en el cerebro de enfermos esquizofrénicos no se han observado cambios biológicos en esta región, aunque, quizá esto pueda ser explicado por el hecho de que las defensas inmunológicas en el cerebro con frecuencia no producen reacción celular o ésta es muy ligera, en comparación con la de otros tejidos.

El autor refuerza su hipótesis con los siguientes datos:

1) Dado que la respuesta al *stress* es un aspecto importante de las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia se forma o libera una pequeña molécula (una catecolamina o un péptido), la cual se une a la taraxeína presente en el esquizofrénico, formándose de esta manera una substancia con actividad psicótico-génica. Otra posibilidad es que la molécula catecol se combine en sitios determinados, como la región septal, con proteínas cerebrales, haciendo de tales sitios áreas antigénicas al anticuerpo específico circulante, es decir, a la taraxeína.

2) Se ha observado que en algunos enfermos, al iniciarse los síntomas esquizofrénicos agudos se presenta un aumento de las globulinas séricas. Esta observación coincide con un pronóstico favorable. La elevación de las globulinas séricas sugiere la activación de mecanismos inmunológicos de defensa. El pronóstico favorable se explicaría porque la presencia de una mayor cantidad de globulinas (no taraxeínicas) bloquea los sitios receptores impidiendo así la acción de la taraxeína.

3) Si la taraxeína es un anticuerpo anticerebro, puede actuar en la región septal e interferir ahí con la acción de la acetil-colina en una forma análoga a

