

## Selección de reseñas bibliográficas (Enero, Febrero y Marzo, 1991)

### «Clasificación del término identificación proyectiva»

#### Artículo de revisión

William N. Goldstein.

Georgetown University School of Medicine George Washington University Medical Center.

**American Journal of Psychiatry febrero 1991; 148:153-161.**

El término identificación proyectiva se ha usado con diferentes connotaciones y tomando distintos modelos. Desde las descripciones de Melanie Klein y posteriormente Bion, Rosenfeld y Segal, ha habido contribuciones recientes (Malin, Grotsein, Odgen).

Este autor en esta revisión, toma como punto de referencia el trabajo de Odgen. Define originariamente el término de identificación proyectiva como un proceso que ocurre en tres estadios: en el primero se implica la fantasía de proyección de una parte de uno mismo en otra persona. La parte proyectada podría ser algo de lo que el individuo desea librarse.

Hay que hacer una distinción entre proyección e identificación proyectiva. En la identificación proyectiva, el que proyecta se siente «uno» con el receptor de la proyección, este sentimiento de unidad emborrona el sujeto y las representaciones del objeto. En contraste, en la proyección el que proyecta se siente extraño y amenazado por el recipiente de la proyección.

El segundo paso sería una interacción personal en la que el proyector presiona para pensar, sentir y actuar de acuerdo con la proyección. Siguiendo a Odgen, la identificación proyectiva no existe cuando no hay interacción de esta naturaleza.

Finalmente en el tercer paso la proyección sería reinternalizada después de que ha sido psicológicamente procesada por el recipiente. La naturaleza de este

proceso de reinternalización depende del nivel de maduración del proyector y puede variar desde los tipos primitivos de introyección a formas más maduras de identificación. Sea cual fuera el proceso, la reinternalización ofrece al proyector el potencial para ganar nuevas formas de conseguir una serie de sentimientos y fantasías que el sujeto podría haber deseado «variar» en el pasado. Más recientemente, Odgen ha clarificado que la proyección puede complicar representaciones propias y de objeto.

Aportaciones de Zinner:

El concepto de identificación proyectiva se ha extendido a terapias de pareja y de familia de orientación psicoanalítica. En cuanto a la pareja, Zinner y Col. enfatizan que se producen identificaciones proyectivas mutuas entre los miembros donde cada uno acepta complacientemente (aunque inconscientemente) las proyecciones del otro (por ejemplo: un marido mantiene una imagen deseada por el de «agresivo y competitivo» proyectando en su mujer su aspecto más «pasivo y desvalido». Esto es ideal para su mujer, que puede mantener su imagen «pasiva» y «necesitada de ayuda» (proyectando sus cualidades agresivas y competitivas en su esposo). Así, las identificaciones proyectivas son complementarias.

Esto también ocurre entre padres e hijos. Más frecuentemente sin embargo, los niños aunque acepten la identificación proyectiva de sus padres, sufren considerablemente como resultado de estas proyecciones.

Zinner remarca que las proyecciones son aceptadas con gran facilidad. Estos autores enfatizan en el elemento de confabulación. En sus trabajos no se exige requerimiento de «emborronamiento» de la imagen del sujeto y representaciones de objeto (fase 1) aunque en los ejemplos que da esto ocurre. No se enfatiza la reinternalización del proceso (fase 3) sin embargo, en el trabajo psicoterapéutico de los autores la reinternalización de la proyección juega un importante papel.

El autor concluye el artículo relatando varios ejemplos prácticos de la teoría que él describe.

**Cristina Polo Usaola**  
(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

\* Grupo de Hemeroteca de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Coordinado por Rodríguez Vega, B. y formado por Bautista, L., Bayón, C., Camuñas, C., Catalina, M. L., Diéguez, A., Franco, B., García Álvarez, J. C., García Pérez, M., García Yagüe, E., García-Noblejas, J., Grob, E., Gutiérrez, R., Hera, M. I. de la, Herráez, C., Llanos, E., Nafs, A., Polo, C. Rodríguez Calvin, J. L., Tejadás, A., Vicente, N.

### «Esquizofrenia: Una perspectiva neuropatológica» (Revisión)

G. W. Roberts.

Br. Jr. *Psychiatry* 1991; 158:8-17.

La Esquizofrenia es generalmente considerada como una psicosis «funcional», concepto que implica un trastorno cognitivo sin una alteración basal de la sustancia cerebral. Se enfatiza pues la diferencia con las «demencias», en que los déficits son relacionados con cambios estructurales en el cerebro.

A pesar de la evidencia clínica de disfunción cerebral en la Esquizofrenia, los avances en investigación han sido escasos en este siglo, y controvertidos los resultados. Los trabajos con técnicas modernas (TAC, RMN), no hacen sino confirmar estudios con técnicas anteriores. Otras diferencias en datos groseros como el peso y tamaño cerebral también son significativas, apuntando incluso a localizaciones determinadas.

En esta línea, los estudios neuropatológicos indican que en el cerebro de los esquizofrénicos se evidencian anomalías de desarrollo —preferentemente, aunque no en exclusiva—, en lóbulo temporal medio (gyrus parahippocampalis, hipocampo y amígdala); estructuras cruciales en relación con el córtex de asociación.

Una alteración genética probablemente está detrás, en la mayoría de los casos, de un anómalo desarrollo de estas estructuras en el tercer trimestre. La mayor afectación del hemisferio izquierdo frente al derecho, es explicable por el distinto patrón de crecimiento que poseen. Los factores ambientales resultan de menor interés para el autor.

**Aurora Tejedas Rivas**

(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### Factores predictivos de la respuesta al tratamiento antidepresivo en la melancolía:

#### Indicadores psicosociales, clínicos y biológicos

J. Vallejo, C. Gasto, R. Catalán, A. Bulbena, J. M. Menchón.

*Journal of Affective Disorders* (Vol. 21, ene-mar, 1991), págs. 151-161.

En este artículo se describen los resultados de un estudio sobre la influencia de ciertas variables, supuestamente predictivas de la respuesta a la IMIPRAMINA y a la FENELCINA a corto plazo (seis semanas) y a largo plazo (seis meses), en 116 pacientes que sufrían Depresión Mayor con melancolía según criterios del DSMIII.

Los factores predictivos se dividieron en tres grupos:

a) Psicosociales:

Edad, edad por encima o por debajo de los 45 años, sexo, clase social (alta, media o baja), soporte social (alto, medio, bajo), existencia o

ausencia de sucesos vitales en los doce meses previos al inicio del episodio, existencia o ausencia de sucesos vitales durante los seis meses de seguimiento, pérdida de los padres (muerte de uno de los progenitores antes de la edad de 11 años), y existencia de hijos pequeños (familias con tres o más niños menores de 14 años).

b) Clínicos:

Edad de inicio del primer episodio afectivo, edad de inicio antes o después de los 45 años, duración del episodio actual, presencia o ausencia de hipomanía durante el seguimiento e historia familiar de trastornos afectivos.

c) Biológicos:

Cortisol basal, cortisol post-administración de dexametasona, supresión de los niveles de cortisol post-administración de dexametasona (considerando no supresión un nivel de cortisol mayor de 5 microgr/dl), tipo de droga prescrita (fenelcina o imipramina).

Se excluyó a los pacientes con sintomatología psicótica.

Recibieron imipramina, un 76,7% de ellos y fenelcina el resto (23,3%), 89 y 27 pacientes respectivamente, experimentando todos ellos una, al menos leve, mejoría.

El efecto del tratamiento se analizó mediante el HDS (Hamilton Rating Scale), para la depresión, midiendo la reducción del porcentaje de puntuación obtenida en el test a las 6 semanas y a los 6 meses, en comparación con la puntuación antes del tratamiento.

Resultados:

Respecto a las variables psicosociales, se observó que en los tratados con imipramina hubo una mayor reducción significativa del porcentaje en el HDS en los pacientes con buen apoyo social y en los que no tuvieron eventos vitales importantes durante el seguimiento. Entre los pacientes tratados con fenelcina, sólo los que habían presentado sucesos vitales en el año previo al trastorno, experimentaron una mejor respuesta a corto plazo (6 semanas).

Mezclando los tratados con uno u otro de los fármacos se vio que el buen soporte social evidenciaba una mejor respuesta tanto a corto como a largo plazo, y que la ausencia de sucesos vitales durante el seguimiento tuvo la misma influencia. Ninguna de las otras variables psicosociales se reveló como predictiva.

En lo que respecta a las variables clínicas, todos los pacientes que sufrieron un episodio hipomaniaco durante el seguimiento, mostraron una mejor respuesta: los tratados con imipramina lo hicieron a corto plazo (6 semanas) y los que recibieron fenelcina a largo plazo, (6 meses). Considerando juntos todos los pacientes, independientemente del tratamiento recibido, todos los que sufrieron hipomanía mostraron mejor resolución a corto y largo plazo.

Las otras variables clínicas no se evidenciaron como factores predictivos.

Entre las variables biológicas se puso de manifiesto

to el valor predictivo del test de la dexametasona en los tratados con imipramina, resultando los no supresores con mejor respuesta que los supresores. En los tratados con fenelcina no hubo diferencias.

El cortisol basal no se pudo relacionar con la evolución. En cambio, entre los no supresores, la mayor cantidad de cortisol post-administración de dexametasona, fue un factor indicador de buena respuesta.

El tipo de droga escogida para el tratamiento influyó en la respuesta dependiendo de la existencia de sucesos vitales previos al trastorno: los pacientes con sucesos vitales y tratamiento con fenelcina mostraron una peor respuesta a largo plazo.

**Encarnación Grau**

(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

Un tercio de los familiares referían encontrarse insatisfechos con la situación y cerca del 40% mostraban una actitud de resignación ante la cantidad de apoyo requerida por el paciente.

Los problemas de los pacientes en el funcionamiento social eran más frecuentes en los enfermos que estaban disconformes con el tratamiento, en paciente varones, y en aquéllos que vivían junto con la esposa.

En base a estos hallazgos ante, la presión que supone el tratamiento de los pacientes psicóticos, se debería de disponer de un abordaje y apoyo más amplio que el que se refiere al propio paciente y sus familias.

**Juan Carlos García Alvarez**

(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### **La necesidad de un soporte social entre pacientes ambulatorios que sufren una psicosis funcional**

*Raimok R., Salokancas Timo, Palo-Oja Markkuujanen*  
**Psychological Medicine. Vol. 21, núm. 1. Febrero 1991; 209-217.**

De una muestra de 177 pacientes con cuidados comunitarios y diagnosticados de psicosis funcional, los equipos psiquiátricos involucrados en el tratamiento de estos pacientes, entrevistaron a 136 pacientes y 103 familiares. Las entrevistas pretendían determinar los problemas de conducta que presentaba el paciente para desempeñar el rol social, siendo evaluados por el paciente y por sus familiares, además de evaluar el estrés causado a los familiares.

Para las entrevistas se utilizó una escala estandarizada y especialmente diseñada, en la cual se evaluaban ciertas áreas de funcionamiento como autocuidados (higiene, medicación...), el manejo del dinero, área laboral, trabajo en las labores del hogar, relaciones matrimoniales, otras relaciones interpersonales, cuidado de los hijos, conductas suicidas, etc..., evaluando en cada una de dichas áreas el grado de satisfacción, insatisfacción y resignación, tanto por parte del enfermo como de los familiares. Además se obtenía información sobre antecedentes personales y datos de la historia de tratamiento.

En lo referente a los resultados obtenidos, cerca del 60% de los pacientes refieren dificultades considerables en al menos un área de funcionamiento social, conclusión que es corroborada por más del 50% de los familiares. La más alta frecuencia de perturbación era en el área de la vida familiar, en el establecimiento de las relaciones interpersonales y en la vida laboral.

Los pacientes mostraban un punto de vista más positivo que sus familiares en lo que se refiere a habilidades en las labores domésticas, auto-cuidados y manejo de dinero.

### **Characteristics and long-term follow-up of patients hospitalized for mood disorders in the phipps clinic, 1913-1940**

*Stephens J., McHugh P.*  
**Journal of Nervous and Mental Disease 1991; 179:64-73.**

El propósito de este trabajo es clarificar algunas cuestiones sobre el curso natural de los trastornos afectivos. Para ello, de una muestra total de 2.809 pacientes hospitalizados entre 1913 y 1940 y diagnosticados de trastorno afectivo, se seleccionaron 914 pacientes que habían estado en seguimiento al menos durante 5 años y 103 pacientes que se habían suicidado en un período de 5 años tras el alta. Esta muestra se dividió en 297 pacientes con trastorno bipolar y 945 con trastorno unipolar.

En comparación con los pacientes unipolares, los bipolares eran más jóvenes en el momento de la primera hospitalización, fue mayor el porcentaje de ingresos y menor el porcentaje de recuperaciones. Los porcentajes indicadores de mal pronóstico son mucho mayores que lo que cabría esperar con el tratamiento psicofarmacológico actual.

Los pacientes unipolares tuvieron más probabilidad de estar casados, ser mujeres y tener un factor precipitante. En los bipolares se observaba un peor ajuste social y laboral previo, mayor frecuencia de problemas de alcoholismo, inicio repentino de los síntomas e historia familiar de trastornos afectivos. No hubo diferencias significativas en cuanto a rasgos de personalidad.

El autor construye una escala pronóstica en base a la presencia o ausencia de una serie de variables como: falta de mejoría al alta, personalidad con tendencia al aislamiento, pérdida de interés en el período previo a la hospitalización, ausencia de conciencia de enfermedad, historia de pobre adaptación social y laboral, intento de suicidio, edad de ingreso mayor a 39 años, hospitalizaciones previas y existencia

de episodio maniaco. Considera de mal pronóstico la existencia de más de tres de estas variables.

La importancia de este estudio longitudinal radica en la posibilidad que ofrece de compararlo con los pacientes que actualmente reciben tratamiento psicofarmacológico.

**M.ª Luisa Catalina**  
(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### **Distribución característica de las ondas alfa-2 en E.E.G. de enfermos esquizofrénicos durante tareas discriminativas: Apoyo a la hipótesis de hipofrontalidad de la esquizofrenia**

*Nakagawa M., Kakimoto Y., Takeda K.  
Departamento de Neuropsiquiatría y Departamento de Matemáticas de la Universidad de Ehime.  
Ehime. Japón.*

**Acta Psychiatric. Scand 1991. Febrero. Vol. 83, núm. 2, 105-114.**

A partir de la similitud existente entre síntomas negativos de la esquizofrenia y otros síndromes con deterioro cerebral frontal, ha surgido la hipótesis de hipofrontalidad. Estudios previos de E.E.G., R.N.M., T.C., Flujo regional cerebral apoyan esta hipótesis.

Las ondas Alfa-2 (9,6-12,8 H<sub>z</sub>) son los menos influenciados por artefactos, que son las consideradas más apropiadas. Estas ondas disminuyen o quedan anuladas con la actividad cognitiva y de atención. Por tanto, si hubiese hipofunción frontal en estos pacientes, cabría esperar una menor disminución de dichas ondas durante pruebas que supusiesen actividad cerebral en relación a las detectadas durante el reposo. En el presente estudio se han medido las ondas Alfa-2 y se han hecho mapas topográficos del E.E.G. en reposo y con los ojos cerrados, durante pruebas discriminativas visuales y auditivas. Los sujetos del estudio forman cuatro grupos:

1. Controles normales (n=32).
2. Pacientes no esquizofrénicos bajo tratamiento (n=16).
3. Pacientes esquizofrénicos con tratamiento neuroléptico (n=37).
4. Pacientes esquizofrénicos sin tratamiento (n=15).

Los resultados muestran que no hay diferencias significativas durante el reposo. Durante las pruebas discriminativas los resultados son ampliamente significativos (p 0,01 o p 0,001) entre los grupos de esquizofrénicos (independientemente de si recibían tratamiento o no) y los otros dos grupos.

En la topografía del E.E.G., las ondas Alfa-2, durante la estimulación son predominantes en la región fron-

tal de pacientes esquizofrénicos, mientras que en los otros dos grupos predominan en regiones parietales y occipitales. Estos resultados son concordantes con la hipótesis de hipofrontalidad.

**Ernesto García Yagüe**  
(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### **Relación entre la depresión postnatal y la interacción madre-hijo**

*Alan Stein y col.*

**British Journal of Psychiatry 1991; 158:46-52.**

Estudios previos relacionan los trastornos depresivos en la madre y los trastornos emocionales en los hijos, sugiriendo influir sobre la interacción de ambos, siendo los más recientes los de Field y Murrey.

Se centran sobre la depresión postparto, ya que tras un período, habrá un número de madres que se habrán recuperado. Examinan 49 mujeres caso (PSE) de las que 9 seguían deprimidas a los 19 meses y 15 en niveles 3-4 del PSE, frente a 49 mujeres controles, en dos evaluaciones a los 19 meses; la primera centrada en la madre, life events, dificultades sociales crónicas y maritales; y en la segunda la sociabilidad frente al extraño del niño, madre-hijo en un juego estructurado, desarrollado del niño (Denver), respuesta del niño a la ida y regreso de la madre y rango global de la madre (intrusiva, cálida, rapport), del niño (concentración y respuestas negativas) y de ambos. Se realizaron estadísticamente las comparaciones.

Entre *paciente-control* se vio significativamente en el grupo de pacientes menor sociabilidad frente al extraño, en el juego menor participación afectiva del niño y menor facilitación de la madre, en el desarrollo menor número combinaban dos palabras, más mostraban gran stress a la ida de la madre, y en el rango global, la madre tenía menos rapport, los niños menos concentración y más respuestas negativas, mostrando todo ello una reducida calidad de interacción.

Comparando las *madres recuperadas con los controles* había menos diferencias aunque significativamente menor sociabilidad y participación afectiva, así como la tendencia e menor facilitación por parte de la madre.

Las dificultades sociales crónicas se vieron en 14 pacientes frente a 1 control, y al comparar con el resto de pacientes se encontraron alteraciones similares. No hubo diferencias significativas en cuanto los life events.

La duración de la enfermedad fue inversa a la sociabilidad frente al extraño, en relación a las respuestas negativas del niño, y con tendencia inversa a la facilitación de la madre en el juego estructurado.

En un análisis de regresión logística, se puso en evidencia la asociación de las dificultades sociales crónicas y maritales con la reducción de la calidad de la

interacción (en la facilitación, participación afectiva, stress ante la ida de la madre y calidez de la madre), contribuyendo independientemente en la depresión de corta o larga duración.

Esta asociación entre depresión postparto y disminución de la interacción incluso en madres recuperadas plantea el buscar una razón. En el primer caso se apunta a la influencia del T. depresivo en sí mismo ya que interfiere con las capacidades de la madre; a las dificultades maritales y sociales en ocasiones asociadas a los T. Depresivos; y al temperamento del niño que actúa sobre la madre, no valorándose este último en este trabajo. En el grupo de madres recuperadas seguirían los dos últimos factores influyendo. Hay que considerar que no tiene que ser directo en el tiempo la relación entre la depresión maternal y el trastorno psiquiátrico infantil como estudió Rutter & Quinton.

Aunque no en todos los casos se ven las consecuencias, hacer replantearse aquellas vías o caminos, como la inclusión del padre en los cuidados del niño, que puedan prevenirlas.

**Clara Herráez Martín de Valmaseda**  
(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### **El cuestionario «Perfil de Impacto de la Enfermedad» (SIP): Versión española de una medida del estado de salud**

J. L. Vázquez-Barquero, M. A. Arias Bal, C. Peña, J. F. Díez Manrique, A. Ayesterán Ruiz y J. Miró.

**Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, marzo-abril 1991; núm. 2, vol. XIX, 127-134.148:153-161.**

Los autores presentan en este trabajo los resultados de la traducción y adecuación a nuestro medio de un cuestionario, el Perfil de Impacto de Enfermedad (Sickness Impact Profile-SIP), que es un instrumento de evaluación conductual de las disfunciones psicosociales y físicas provocadas por la enfermedad, consiguiendo a su vez una medida de la respuesta que se obtiene de los servicios y/o programas terapéuticos.

El SIP es un cuestionario autoaplicado con el que se valora las limitaciones subjetivas del estado de salud. Consta de 136 ítems agrupados en 12 subescalas, de las cuales se pueden diferenciar dos dimensiones: una física y otra psicosocial.

La muestra sobre la que se llevó a cabo este estudio fue de 50 pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple.

Para realizar la verificación de la versión española del SIP se hizo un análisis comparativo de la misma con evaluaciones clínicas objetivas neurológicas (Índice de Invalidez de Kurzke e Índice Deambulatorio de Hauser) y psiquiátricas (Clinical Interview Schedule), encontrando, según los autores, correlaciones significativas con las mismas, corroborando así la validez del

SIP como instrumento para la medida de las repercusiones de la enfermedad en el paciente, siendo justificado por los datos obtenidos diferenciar en él una dimensión física y otra psicosocial.

Aún estando de acuerdo con la necesidad de instrumentos que permitan llevar a cabo estas evaluaciones, creo necesario que la validación de ésta y otras similares no fuera interferida por el posible sesgo que supone elegir la muestra entre una única entidad patológica, para evitar así que los rasgos específicos de la misma influyan en el estudio.

**José García-Noblejas**  
(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### **Profilaxis con litio en las psicosis puerperal. La experiencia de 3 centros**

D. E. Stewart, J. L. Klompen Hower, R. E. Kendel, M. Van Huist.

**British Journal Psychiatry, marzo 1991.**

El tratamiento de una patología tampoco infrecuente como la psicosis puerperal (1/500 en población general y entre 1/5, 1/2 de aquellas mujeres con antecedentes de trastornos afectivo bipolar, psicosis puerperal o/y antecedentes familiares de trastornos afectivos) ha suscitado un gran interés. Algunos autores como Dalton (1985) Hamilton (1982) y Brookington, han manejado distintos tratamientos con progesterona el primero y con estrógeno y testosterona el segundo, en base a una teoría hormonal que no ha sido posible avalar con diferencias hormonales significativas entre mujeres con psicosis puerperal y otras que no la sufrieron. Los autores del presente estudio se acercan al problema desde la perspectiva de un trastorno afectivo desencadenado por los cambios biológicos y psicológicos de este período.

Inician el tratamiento con litio en 21 mujeres consideradas de alto riesgo, todas tenían al menos un episodio de psicosis puerperal, 14 habían tenido algún episodio de T. Afectivo, y 16 tenían antecedentes familiares. La edad media es de 23 años. En el Centro de Edimburgo se inicia el tratamiento a las 34 semanas excepto una a las 13 semanas. En Toronto y Montreal se inicia inmediatamente tras el parto, con monitorización semanal y prolongándolo un mínimo de 6 meses. Se usan diagnóstico RDC.

En 19 mujeres no existieron episodios de psicosis puerperal, en 3 de ellas hubo síntomas psicológicos leves y recortados (insomnio, confusión, cansancio) ¿quizás como señalan autores como Prient, forma reducida de psicosis post-parto? Dos mujeres en Edimburgo sufrieron episodios de psicosis puerperal, una de ellas más recortado que el anterior, la otra que inicia el tratamiento a las 13 semanas no mostró ninguna eficacia. Los autores dada la toxicidad potencial sobre el feto y la existencia de un episodio de detención

del parto se decantan por el inicio del tratamiento tras el parto en mujeres con factores de riesgo.

**Rosa Gutiérrez**  
(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### **Cook Medley Hostility Scale and subsets: Relationship to demographic and psychosocial characteristics in young adults in the cardia study**

Larry Scherwitz, Laura Perkins, Margaret Chesney, Glenn Hughes.

**Psychosomatic Medicine. Vol. 53, enero-febrero 1991, núm. 1.**

Es un estudio prospectivo sobre 5.115 pacientes cuyos autores pertenecen a varias asociaciones de investigación americanas sobre todo la CARDIA que ha estudiado la relación entre los factores de riesgo de enfermedad coronaria, con la escala empírica que mide la hostilidad Ho (Cook Medley Hostility Scale). A raíz de un consenso sobre esto se han intentado analizar los distintos factores que tienen que ver con la hostilidad y sus interrelaciones. Se analizaron raza, sexo, edad, predisposición genética, nivel de educación, y como factores psicosociales eventos negativos, tipo A/B behavior, John Henryism y soporte social. Las conclusiones son contundentes prácticamente en todas las relaciones. El objetivo es analizar lo que sería un complejo de factores biológicos y psicosociales que sustentan el modelo de vulnerabilidad que hasta ahora ha sido reducido a la presencia de alto o bajo nivel socioeconómico, encontrándose incluso matices interesantes respecto a la hostilidad, pues es el ítem desconfianza, suspicacia el que se encuentra más específicamente relacionado con el riesgo de enfermedad coronaria arterioesclerótica.

Formulación: Hace una reflexión y una revisión historia de muchos estudios hechos en este sentido con profundidad y rigor hasta intentar establecer un modelo multicausal y complejo para analizar todos los factores de los que resulta la vulnerabilidad para una enfermedad concreta.

**Encarnación Llanos Cerrato**  
(MIR, Hospital Psiquiátrico de Madrid)

### **Comentario de revista: Devenir**

Editions Eshel. París.

**Periodicidad: Trimestral.**

En los últimos tiempos la preocupación por la Psicopatología de los primeros años de vida se ha incrementado. Nuerosos grupos de investigadores desde diversas concepciones teóricas se muestran interesados en estas etapas de la vida. Las publicaciones, tanto periódicas como en libros, se están multiplican-

do y la calidad se está mejorando. El desarrollo infantil interesa, las investigaciones y estudios sobre el desarrollo infantil, están aumentando y afortunadamente su calidad y rigor se está afianzando.

Fruto de este interés ha sido el nacimiento de esta publicación en la que participan profesionales de diversa índole: S. Lebovici, L. Kreisler, B. Cramer, F. Hémeury, M. Lamour, M. Manciaux, Ph. Mazet, H. Montagner, T. Nathan, M. Soulé, D. Stern, etc. Pediatras, psicoanalistas, psiquiatras infantiles, etc., ponen su grano de arena para acercarse a este mundo.

En el número de reciente aparición aparecen trabajos de gran interés:

1) El editorial plantea el siempre controvertido punto de vista acerca de la prevención y lo hace situando la prevención como el lugar imposible, ya que es difícil plantear en lo psíquico los factores de riesgo. No obstante, dicen los editorialistas, es preciso seguir pensando e interviniendo.

2) El apartado de clínica tiene tres artículos firmados por A. Gauvain-Piquard; por M. Maury y por J. Siksou. En ellos plantean la intervención sobre el bebé que presenta problemas. Quizá el más novedoso sea el de Siksou al abordar la intervención en grupos en los trastornos precoces de la relación madre-bebé, el encuadre de trabajo y la fundamentación teórica es psicoanalítica, pero evita los dogmatismos y se hace práctica. El encuadre de trabajo es en una maternidad y el grupo lo forman 12-13 parejas madre-bebé, desde ese lugar privilegiado se van abordando lo que la autora llama los fenómenos psíquicos de la relación madre-bebé, las interacciones y la función del grupo en esta situación al verse contrastada con las otras madres y las otras relaciones. Interesante trabajo, para los que trabajan con planteamientos preventivos.

3) El apartado de Investigación aporta las conclusiones del último grupo de investigación sobre autismo y psicosis precoces, donde se plantean los siguientes puntos de interés: La exploración tipológica para el pronóstico; un código cifrado de los datos; frecuencia o concurrencia de acontecimientos o de informaciones; análisis del lenguaje utilizado en las observaciones, que permita un análisis de las contractitudes, una definición de los cuadros semiológicos y una distancia del observador con lo expresado.

4) Un pequeño apartado es el de «Grandes Textos» en él aporta un texto básico de M. Klein: «Observando el comportamiento de los lactantes». Su atenta lectura nos pondrá sobre la pista de la comprensión de la obra de autores posteriores como E. Bick que tanto trabajaron e investigaron sobre la observación de bebés, texto básico para la psicopatología del primer año.

Buena Revista. Actual. Autores de prestigio. Solidez teórica. Son condimentos idóneos para una publicación a la que deseamos larga vida en este su nacimiento.

**J. L. Pedreira Massa**

## El estado de la cuestión en...

### «Trastornos psiquiátricos e hysterectomía»

**Blanca Franco Lovaco**

Psiquiatra, C.S.M. Coslada. Madrid.

Desde que Lindemann (1) describió en 1941 que existía una alta proporción de reacciones psicológicas adversas en mujeres hysterectomizadas, numerosos autores hallaron resultados similares en trabajos posteriores (2, 3, 4). Se llegó incluso a describir un síndrome posthysterectomía caracterizado por depresión, cansancio, dolores de cabeza, mareos, síntomas urinarios y sofocos (4).

Barker (3) en un estudio retrospectivo realizado en 729 mujeres sometidas a hysterectomía en el que utilizó un grupo control de 280 mujeres colecistectomizadas en el mismo periodo y en la misma población, concluyó que la depresión era una de las complicaciones mayores de la hysterectomía. Encontró que el 7% de las mujeres hysterectomizadas eran remitidas a una consulta de psiquiatría en los 4 años y medio siguientes a la operación, siendo este porcentaje dos veces y medio mayor que el de las mujeres que consultaban con un psiquiatra tras haber sido colecistectomizadas y tres veces mayor que la incidencia esperable en mujeres de edad similar en población general.

A la metodología de los estudios anteriormente citados se le puede hacer diversas críticas: 1) las muestras incluyen mujeres sometidas a hysterectomía por procesos ginecológicos diversos incluyendo carcinomas; 2) los estudios son retrospectivos; 3) no se controla la existencia de psicopatología previa; 4) no se utilizan instrumentos tipificados para cuantificar los datos o se usan indicadores indirectos tales como el hecho de ser remitido a consulta de psiquiatría.

En los estudios posteriores que utilizan muestras de mujeres hysterectomizadas por procesos ginecológicos benignos no se ha encontrado un aumento significativo en la psicopatología postquirúrgica. Gath y cols. (5,6) en un estudio prospectivo concluyen que los niveles de morbilidad psiquiátrica disminuyen tras la hysterectomía, pasando del 58% de casos psiquiátricos antes de la intervención al 26% a los seis meses y al 29% a los dieciocho meses. Solamente nueve de las sesenta y seis mujeres que no eran previamente casos psiquiátricos desarrollan un trastorno psiquiátrico detectable tras la operación. Refieren haber detectado en la muestra estudiada niveles de morbilidad psiquiátrica más elevados que en población general tanto antes como después de la intervención. Como explicación de este hallazgo sugieren que la asociación de disfunción ginecológica y distres emocional podía determinar una mayor frecuencia de cirugía ginecológica. En dicho estudio los autores valoran mediante una entrevista realizado cuatro semanas antes de la intervención que las pacientes presenten o no alteraciones psicopatológicas y posteriormente repiten la valoración a los seis y dieciocho meses. Utilizan como instrumentos tipificados de evaluación el Present

State Examination (P.S.E.), el Profile of Mood States (POMS), el Eysenk Personality Inventor (EPI) y la escala de ajuste marital y social de Brown y Rutter y contrastan la información obtenida de las pacientes mediante una entrevista con los cónyuges antes y después de la operación. Entre sus resultados merece destacar que la edad, ausencia de patología uterina, realización o no de ovariectomía bilateral y otros factores quirúrgicos no mostraron relación significativa con la existencia de diagnóstico psiquiátrico posterior a la hysterectomía. Consideran que la existencia de psicopatología previa a la operación es el mejor factor predictor de la posible psicopatología postquirúrgica. También concluyen que no hay evidencia de que la hysterectomía sea causa de una mayor tasa de trastornos psiquiátricos.

Ryan y cols. (7), en un estudio de metodología muy similar al anterior se plantean además determinar si la propia investigación, de diseño prospectivo, ejerce alguna influencia de la tasa de psicopatología. Para ello dividen la muestra en un grupo estudiado prospectivamente y otro estudiado únicamente de forma retrospectiva y que sirve como control. Al igual que Gath y cols. encontraron una prevalencia alta de trastornos psiquiátricos previos a la cirugía (comparado con lo esperable en población general) y una disminución significativa de la morbilidad psiquiátrica tras la intervención. También concluyen que el riesgo de que una mujer que no fuese previamente caso psiquiátrico se convirtiese en caso tras la hysterectomía es mínimo y que el mayor factor de riesgo para presentar un trastorno psiquiátrico con posterioridad a la operación es la existencia previa de psicopatología. Finalmente no detectan ninguna diferencia significativa entre los grupos prospectivos y retrospectivos en cuanto a psicopatología postquirúrgica.

Desde una perspectiva de conjunto, me parece importante destacar que a la vista de estos últimos trabajos, realizados con una metodología más rigurosa, no se ha confirmado la existencia de una relación causal entre hysterectomía y trastornos psiquiátricos, pero sí que se evidencia una mayor prevalencia de dichos trastornos entre las mujeres que se someten a este tipo de intervenciones quirúrgicas. Es probable que esto haya podido inducir a diversos autores, cuyos estudios eran únicamente retrospectivos y por lo tanto no controlaban la existencia de psicopatología previa, a concluir que existía una probable relación causal.

Desde otro punto de vista es interesante el artículo sobre la influencia de diversos factores socioculturales en la reacción a la hysterectomía de Lalinec-Michaud y Engelsman (8). El estudio se realizó en Canadá con una muestra de mujeres pertenientes a diversas comunidades de origen. Encontraron que las europeas tenían una mayor incidencia de depresión tanto pre como postquirúrgica en comparación con las de origen, anglosajón, relacionando este hecho con un nivel educacional bajo que conllevaría una menor capacidad de adaptación y con factores religiosos. Las francófonas y europeas, de religión fundamentalmente católica, tenían mayor tendencia a la depresión lo que atribuyeron a una peor adaptación

a la pérdida de la capacidad reproductiva dado que sus valores religiosos tienden a poner más énfasis en su rol de esposa y madre. Las mujeres inmigradas también presentaban más alteraciones emocionales, presentando como hipótesis explicativa la mayor vulnerabilidad al estrés condicionada por un deficiente soporte social. Todas estas sugerencias son, no obstante, bastante especulativas y precisan de estudios más controlados para su confirmación.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Lindeman E. Observations on psychiatric sequelae to surgical operations in women. *Am J Psychiatry* 1941; 98: 132-7.
2. Barglow P, Gunther MS, Johnson, A and Meltzer JH. Hysterectomy and tubal ligation: a psychiatric comparison. *Obstetrics and Gynaecology* 1965; 25: 91-5.
3. Barker MG. Psychiatric illness after Hysterectomy. *Brit Med J* 1968; ii: 91-5.
4. Richards DH. A post-hysterectomy syndrome. *The Lancet* 1974; ii: 983-5.
5. Gath D, Cooper P and Day A. Hysterectomy and Psychiatric Disorders: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *Brit J Psychiat* 1982; 140: 335-342.
6. Gath D, Cooper P, Bond A and Edmons G. Hysterectomy and Psychiatric Disorders: II. Demographic, psychiatric and physical factors in relation to psychiatric outcome. *Brit J Psychiat* 1982; 140: 343-50.
7. Ryan MM, Dennerstein L and Pepperell R. Psychological aspects of hysterectomy. A prospective study. *Brit J Psychiat*, 1989, 154: 516-22.
8. Lalinec-Michaud M and Engelsmann F. Cultural factors and reaction to hysterectomy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 24: 165-71.

#### Revistas recibidas

- Cuadernos de Terapia Familiar, N.º 15, II Epoca, Año IV. Madrid.
- Anales de Psicología. N.º 6. Universidad de Murcia.
- Cuadernos de Psicoanálisis. Año VII. N.º 11. Madrid.
- Mediterranean Journal of Social Psychiatry. Vol. 11. 1980, Zabreb.
- Anthropos, N.º 118/119. Barcelona.
- Apuntes de Psicología. Revista del C.O.P. de Andalucía Occidental. N.º 32, Marzo 1991.
- New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. Vol. VII. Enero-Marzo 1991, Roma.
- International Social Science Journal. N.º 127, Unesco, París.
- Investigaciones Psicológicas. Núms. 7 y 8, Universidad Complutense, Madrid.
- Revista Española de Drogodependencias. Vol. 16. N.º 1, 1991, Valencia.
- El Médico. N.º 405, Madrid.
- Siso Saude, Boletín de la Asociación Gallega de Salud Mental. N.º 16, Otoño-Invierno 1990, Vigo.
- Papeles del Psicólogo. Revista del C.O.P. Epoca II, N.º 48, 1991. Madrid.
- Pabellón de España. Revista del Pabellón de España en la Exposición Universal de 1992. N.º 12. Sevilla.

#### Otras publicaciones

- Provesión Médica. Periódico Independiente de la Medicina. N.º 1.727. Nov. 1990. Madrid.
- Cuadernos Asturianos de Salud. Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y S.S.
- Madrid a pie de proyecto. 4 años en Comunidad 1987-1991.