

Revista de Revistas

Revisión de publicaciones de mayo, 1989 (*)

De las seis publicaciones revisadas este mes (ver lista), se han seleccionado, para reseñar, una serie de artículos, que abarcan diferentes áreas del campo clínico, y que se han agrupado en base a una temática común.

Una nueva revisión (*British Journal of Psychiatry*) en el campo de la GENÉTICA, estudia el "Impacto de la Genética Molecular en nuestra comprensión de la Psicosis" (Mullan y Murray, London), resume, al mismo tiempo, los hallazgos más recientes con respecto a ciertas entidades. Se describe así, la relación de la enfermedad de Alzheimer con el cromosoma 21, basada, entre otros, en la frecuente aparición de dicha enfermedad en pacientes con síndrome de Down que llegaban a edades medias de la vida y los hallazgos neuropatológicos similares en ambos cuadros. En el caso de la psicosis maniaco-depresiva, se relacionó, primero con una transmisión ligada al cromosoma X y, posteriormente, se describió en la comunidad Amish de Pensilvania, una relación con el cromosoma 11. El tercer subtipo genético para este trastorno estaría en relación con un gen indeter-

minado y sería el más frecuente. Para la esquizofrenia familiar, la relación se ha establecido con el cromosoma 5. Lo que sería codificado para la transmisión, sería la predisposición a desarrollar esos trastornos, así como otros no psicóticos o trastornos de personalidad.

Sobre SALUD MENTAL FORENSE, se publica en *Hospital and Community*, una revisión sobre el "Enfermo Mental en Prisión" (Jemelka y cols., Seattle), que tiene como objetivo la descripción de esa población, que parece haber aumentado en los últimos años, así como ofrecer sugerencias para su tratamiento. En general, los estudios clínicos sugieren que del 10 al 15 % de esta población presenta un trastorno psiquiátrico mayor, del pensamiento o del humor, precisando, por tanto, los servicios que requieren este tipo de pacientes (ingreso, hospital de día...), mientras que del 29 al 56 % requieren tratamiento ambulatorio. La cárcel es vista como una agencia más dentro de un "continuum" de servicios comunitarios, donde se identifican como necesidades prioritarias la identificación, intervención en crisis y el "case-management", tras la salida de la prisión. Como alternativas se proponen sistemas de "salida supervisada", o conceptos como el de "compromiso ambulatorio involuntario" o la "supervisión intensiva condicional", que intentan adecuar tratamientos me-

(*) Grupo de Hemeroteca de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Coordinado por Rodríguez Vega, B. y formado por: Bautista, L.; Bayón, C.; Cañas, F.; Diéguez, A.; Estévez, L.; Franco, B.; García, J. C.; Gutiérrez, R.; Herráez, G.; Nasf, A.; Polo, C.; Ruiz Sicilia, L.; Tejadas, A.; Vicente, N.

nos restrictivos con las necesidades de seguridad de la comunidad.

En una línea similar, Scannel y cols. (*British Journal of Psychiatry*) plantea el manejo comunitario del paciente difícil y delincuente, partiendo de la problemática surgida tras el programa de desinstitucionalización en USA con respecto a estos pacientes. Para el autor, se trata de pacientes crónicos que son tratados como agudos y dirigidos precozmente a los servicios comunitarios desde el hospital, que también, en general, se muestra reacio a tratarlos. Tras criticar ciertos aspectos jurídicos, advierte que "las restricciones legales y las inadecuaciones del cuidado psiquiátrico pueden contribuir a la recriminalización de la enfermedad mental".

Entre los TRASTORNOS DE BASE ORGANICA, también en *Hospital and Community*, se dedican tres artículos a temas relacionados con el SIDA. En uno de ellos (Horwath y cols., N.Y.), se revisan datos epidemiológicos y síntomas neuropsiquiátricos y médicos relevantes, que son necesarios para poder hacer un diagnóstico y un tratamiento apropiados. Entre las manifestaciones psiquiátricas citan, como más importantes: 1) Complejo-Demencia SIDA, demencia progresiva, no relacionada con ninguna de las infecciones oportunistas conocidas, que incluye síntomas tempranos cognitivos (trastornos de la concentración, deterioro de la memoria, pensamiento enlentecido), síntomas motores (temblor de manos, inestabilidad de la marcha y debilidad) y síntomas conductuales (retirada social y apatía), Price (1985) afirma que 1/4 de los pacientes manifestarían una demencia subclínica o de grado medio, mientras que 1/3 presentarían demencia moderada o severa; 2) Disfunción del SNC con anomalías neuropsicológicas (deterioro de la capacidad de abstracción, dificultad de aprendizaje, enlentecimiento del proceso de información), y 3) Psicosis Agudas, como primera manifestación de infección por VIH, que

pueden llevar al paciente a la consulta psiquiátrica.

La demencia en la enfermedad de Parkinson es revisada por Gibb (*British Journal of Psychiatry*). Encuentra, como datos más relevantes, que la prevalencia de ésta es aproximadamente entre el 10 y el 20 % (el doble que en población general), estando más estrechamente relacionada con la edad, que con la misma enfermedad (la demencia es rara en la enfermedad de Parkinson de inicio juvenil). Tampoco encuentran datos para avalar la hipótesis de que exista una mayor asociación que la fortuita entre Alzheimer y Parkinson.

Siguiendo con el tema de las demencias, Wragg y Jeste (California, S. Diego), publican en *American Journal of Psychiatry*, una revisión de 30 trabajos sobre la enfermedad de Alzheimer, con objeto de estudiar la presentación de depresión y psicosis en dicha enfermedad. Refieren una prevalencia del 30 al 40 % para estos síntomas, siendo el delirio paranoide, el síntoma psicótico más frecuente. Los errores metodológicos de los estudios revisados les impidieron extraer más conclusiones.

Por otra parte, en un intento de operativizar observaciones de análisis más dinámicos, Perry y Cooper (Boston) publican (*Archives of General Psychiatry*) un estudio empírico de los mecanismos de defensa. Se utiliza el DMRS (Escala de Evaluación de los Mecanismos de Defensa), diseñada por los autores, en dos fuentes de datos: entrevistas grabadas en video (como estudio transversal) y "life vignettes" (respuestas del sujeto a estresores vitales), que darían cuenta del uso de ciertos mecanismos de defensa en un período de seguimiento determinado. El artículo pretende demostrar la fiabilidad y algunos aspectos de la validez del DMRS, estudiando una población de sujetos diagnosticados de trastornos de personalidad y trastorno afectivo bipolar tipo II. Los resultados obtenidos apoyan el modelo de la exis-

tencia de una jerarquía en los mecanismos de defensa.

Andrews y Pollock (Australia estudian, en una línea similar (*Archives of General Psychiatry*) el estilo de defensa mediante la administración de un cuestionario, que intentan hacer corresponder con el glosario de los mecanismos de defensa del DSM III R. Obtienen resultados que avalan, también, la hipótesis de Vaillant sobre la existencia de una jerarquía en los mecanismos de defensa.

Sobre SUICIDIO publica este mes varios artículos el *Acta Psychiatrica Scandinavica*, algunos de los cuales reseñaremos.

Hay varios trabajos con respecto al suicidio en ADOLESCENTES. En uno de ellos, L. Kotila (National Public Health Institute of Helsinki) se hace un estudio comparativo entre intentos de suicidio en adolescentes (15-19 años) y jóvenes (20-24 años). Encuentran como resultados más interesantes: a) los jóvenes encuentran con más frecuencia que en el caso de los adolescentes, relación entre su intento y algún acontecimiento negativo previo. Los adolescentes expresaban con más frecuencia que los jóvenes, que no encontraban motivos desencadenantes; b) entre los jóvenes era más frecuente estar en tratamiento psiquiátrico. La letalidad del intento en este grupo se relacionaba con trastornos psicóticos, mientras que entre los adolescentes lo era con el abuso del alcohol, y c) entre los adolescentes hay peores resultados en el eje V del DSM III que entre los jóvenes.

Este mismo autor realiza otro estudio a largo plazo en un grupo de 362 adolescentes que habían intentado suicidarse, con objeto de investigar factores de riesgo que se asocien a suicidios o muertes violentas. Sus conclusiones más llamativas fueron: a) al final del estudio habían fallecido el 3,6 % (77 % varones y 23 % mujeres) de los adolescentes. Mientras que las mujeres habían fallecido todas por suicidio, de los

varones sólo la mitad había sido de esa manera, mientras que la otra mitad fue por muerte violenta; b) los fallecidos habían sido diagnosticados de psicosis con más frecuencia que los supervivientes, y c) los supervivientes contactaban con mucha frecuencia con otras personas, cuando se encontraban en situaciones difíciles, que aquellos que habían fallecido. Además, éstos decían tener "motivos menos claros" para su intento suicida.

Con respecto a los trastornos psiquiátricos que se relacionaron con el suicidio en adolescentes, R. Runesson (Göteborg, Suecia) publica un estudio realizado entre 64 adolescentes que habían consumado el suicidio. De ellos, el 72 % tenían antecedentes de tratamientos psiquiátricos previos. Los diagnósticos que se encontraron por orden de frecuencia fueron: depresión mayor, esquizofrenia, trastorno adaptativo y trastorno de personalidad borderline. Había abuso de sustancias en casi la mitad de los casos. En el 71 % de las familias de los sujetos, había algún miembro con "problemas mentales".

En relación al suicidio en la población INFANTIL, Roffer et al. (Cornell University), hacen un estudio en 49 niños hospitalizados entre 6 y 12 años. Encuentran que en la primera semana el 80 % de los niños tienen historia reciente de ideación o conducta suicida, que mejora notablemente durante la estancia en el hospital.

El suicidio en una población de ADULTOS también es objeto de varios artículos. D. Lester (New Jersey) estudia la relación entre experiencia de pérdida parental y suicidio tardío, revisando las biografías de 30 personajes famosos que se habían suicidado. De ellos, 16 habían experimentado una pérdida en su infancia, tres de las cuales habían sido por suicidio del padre. La edad media de los sujetos cuando sufrieron la pérdida fue de 12 años. Esto, según el autor, rompería con teorías freudianas, según las cuales las pérdidas más im-

portantes son las que se producen en los primeros seis años de vida.

Por otra parte, dentro del tema dedicado a los TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS, Tarrier y cols. (*British Journal of Psychiatry*) publican un trabajo titulado "Manejo Comunitario de la Esquizofrenia". Los autores realizan un programa de intervención familiar de tipo conductual de nueve meses de duración en un grupo de familias con alto índice de Emoción Expresada (EE). Los pacientes, miembros de estas familias experimentaron menos recaídas y readmisiones que los pacientes miembros de familias, también con alta EE, pero en las que sólo se había intervenido con un programa educacional breve o un tratamiento rutinario. La proporción de recaídas del grupo de intervención familiar (alta EE) (33 %), fue la misma que la del grupo de baja EE (33 %), y significativamente más baja que la del grupo de no intervención de este tipo y que también presentaban alta EE (59 %). A tenor de los resultados los autores recomiendan la intervención familiar y, a ser posible, no limitada en el tiempo.

En *Family Process*, Carter y cols, no consiguen replicar los hallazgos de Wild y Shapiro, al aplicar la Tarea de las 20 Preguntas de Mosher y Hornsbys, como medio de diferenciar familias con pacientes esquizofrénicos de aquellas otras de individuos hospitalizados pero no esquizofrénicos. Los resultados indicaban que ciertos tipos de desviación de la comunicación familiar, podrían no ser específicos de las familias de esquizofrénicos.

Siguiendo con los estudios sobre la FAMILIA, también en *Family Process*, Blinnika y Seitamaa publican un artículo sobre la Espacialidad de la Estructura Interna Familiar: "Elección de asiento en Terapia de Familia". El propósito del trabajo es investigar hasta qué punto el orden de sentarse elegido y la distancia entre los miembros de la familia en las sesiones de terapia familiar, está

determinada por la estructura interna (en cuanto a la existencia de relaciones problemáticas y la distribución y la cualidad del poder) y hasta qué punto por factores situacionales externos. Estudiaron 13 familias de uno a cuatro hijos. Compararon la elección de asiento en la sesión de terapia con la forma de sentarse en las comidas, al ver TV en casa y a la distribución de la familia en dibujos de la misma realizados por sus miembros. Se encontró que la elección de asiento y la distancia entre el padre y el paciente y la localización del padre y la madre en la sesión de T.F., se halla en mayor relación con la estructura interna de la familia que con factores externos.

Sobre TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS, M. Maj publica (*British Journal of Psychiatry*) un "Estudio Familiar de dos subgrupo de Pacientes Esquizoafectivos. Encuentra que los parientes de primer grado de pacientes esquizoafectivos (criterios RDC) presentan un riesgo más alto de esquizofrenia y menor de trastornos afectivos, comparado con un grupo de pacientes bipolares, e igual riesgo al compararse con un grupo de pacientes esquizofrénicos. En otro grupo de pacientes esquizoafectivos, pero que también cumplían criterios para "bouffée" delirante, se encontró que sus parientes tenían un riesgo para esquizofrenia significativamente menor que el de parientes de pacientes esquizofrénicos y similar al de pacientes bipolares, mientras que el riesgo para trastornos bipolares era menor y similar al de los parientes de pacientes esquizofrénicos.

En *American Journal of Psychiatry*, Faravelli et al. (Universidad de Florencia), siguiendo sus estudios sobre TRASTORNOS DE ANSIEDAD, estudia los "life events" durante los 12 meses previos al inicio de los ataques de pánico, encontrando mayor número de éstos que en un grupo de sujetos control. No encontraron relación entre los tipos de acontecimientos vitales y los ataques

de pánico, concluyendo que aquellos jugarían un papel precipitante.

De las publicaciones sobre PSICO-FARMACOLOGÍA, destacaremos, en *American Journal of Psychiatry*, una de Schou (Unidad de Investigación Psicofarmacológica de Aarhus, Dinamarca) sobre la profilaxis con litio: "Mito y Realidad". Comenta detenidamente la efectividad, efectos a largo plazo, efectos secundarios, intoxicación, combinaciones con neurolépticos y necesidad de monitorización de niveles. Para ello hace una revisión de trabajos de otros autores y suyos propios y concluye que si bien el litio es un fármaco caro y produce efectos secundarios y peligrosas intoxicaciones si se utiliza de forma incorrecta, compensa seguir la pauta de administración y las precauciones que ésta conlleva para obtener una mayor eficacia en el caso de la PMD.

Conte et al. (Instituto de Psiquiatría de Milán), publican (*Acta Psychiatrica Scandinavica*) un estudio de la función renal de 50 pacientes tratados crónicamente (media de cinco años) con litio (se consideraban litemias adecuadas entre 0,5 y 0,8 mEq/l.), no encontrando ninguna alteración, a diferencia de otros estudios, de la función renal.

Malcolm y cols. (Carolina del Sur) realizan un estudio doble ciego (*American*

Journal of Psychiatry), comparando el tratamiento con carbamazepina y oxacepam en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Postulan que, de ser ciertas las hipótesis que relacionan los síntomas de retirada alcohólica con cambios en las áreas límbicas, la carbamazepina debería ser la droga específica. Recomiendan su uso en la fase de rehabilitación en los pacientes con cinco o más desintoxicaciones de alcohol, por ser en ellos más alto el riesgo de crisis de abstinencia y de secuelas psiquiátricas y neurológicas.

LISTA DE REVISTAS REVISADAS

- *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 79, n.º 5, may, 1989.
- *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, n.º 5, may, 1989.
- *Archives of General Psychiatry*, vol. 46, may, 1989.
- *British Journal of Psychiatry*, vol. 154, may, 1989.
- *Family Process*, vol. 28, n.º 2, ju-ne, 1989.
- *Hospital and Community*, vol. 40, n.º 5, may, 1989.

REVISTAS RECIBIDAS

- *Derechos Humanos*. Núms. 23-24. Enero/Abril. 1989. Madrid.
- *Infancia y Aprendizaje*. N.º 46. 1989.
- *Clínica y Análisis Grupal*. Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Grupo. N.º 50. Año XIII. Enero/Abril. 1989.
- *Cuadernos de Terapia Familiar*. Año III. N.º 11. Julio. 1989.
- *Anthropos*. Núms. 98, 99 y 100. Revista de Documentación Científica de la Cultura.
- *Filium Press*. Organos Orientador de FILIUM. Asociación para la Prevención del Maltrato al Hijo. Suplementos 8, 10, 11, 12, 13, 14 y 15. Madrid.
- *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Año LXII. Marzo/Abril. 1989. Núms. 3-4. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- *Fogli di Informazione*. N.º 143. Cooperativa Centro de Documentazione-Pistoia. Italia.
- *Apuntes de Psicología*. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos Andalucía Occidental. Núms. 28 y 29. Primer y segundo semestre de 1989.
- *Papeles del Psicólogo*. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. Epoca II. N.º 38. Abril. 1989. Madrid.
- *Energía, Carácter y Sociedad*. Revista semestral de Ciencia, Cultura y Clínica Orgonómica de la Escuela Española de Terapia Reiciiana (Sección de la S.E.O.R.). Vol. 7. N.º 1. 1989.
- *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. Vol. V. N.º 2. April/June. 1989. Roma. Italia.
- *Sinopsis*. Publicación cuatrimestral de APSA. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Año 4. Diciembre. 1988. N.º 11. Buenos Aires. Argentina.
- *Gaceta del Libro*. N.º 2. Catálogo de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- *Memoria 1988* del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat.
- *Memoria 1988*. Servicio Regional de Salud del Gobierno de Navarra.