

tas fundamentales acerca de la procreación de los hijos, un hecho hasta ahora realizado muy irresponsablemente por muchos padres. También plantea la necesidad de que el matrimonio sea un proceso creativo recíproco, destinado a afirmar la independencia, la madurez de los que se unen.

Carlos García, que con abierta sinceridad dice que "casi no sabemos lo que es plenamente humano, oculto tras tantas enajenaciones e idealismos, tampoco qué es lo masculino ni qué es lo femenino", propone que en lugar de "guerra de los sexos" hablemos de "guerra revolucionaria" o de "cambio de consciencia". La mujer, que está en pleno proceso de reivindicación, busca realizarse, individualizarse, en un mundo donde está cambiando la relación tradicional entre ambos sexos. Así, hoy la mujer lucha por transformar la antigua situación que reducía su aprendizaje y educación, su capacidad de trabajo con rendimiento económico, destinándola a una oscura dependencia del poder del dinero del hombre. Esta intencionada limitación del poder creativo de la mujer, al negársele instrumentos para el uso de su razón y medios para trabajos productivos, lleva a la mujer a buscar alianzas secretas o manifiestas con los hijos en contra del marido y, más concretamente, en la cama, a frustrar la necesidad y el placer sexual del otro. El temor al repudio social, el temor religioso, la dependencia económica, el miedo a la soledad, la dependencia emocional, la liga casi insoluble del odio recíproco, la necesidad del "auxiliador mágico", son entre otros los motivos para que, a pesar de todo,

los matrimonios no se disuelvan fácilmente.

¿Qué puede intentarse, entonces, para cambiar la ruta de la vida en común entre seres de sexo diferente, ante tantos ejemplos de agresión recíproca y catástrofe casi irremediable? Eduardo Zajur expone las alternativas de los acuerdos, de los armisticios, de la valiente decisión al desarme unilateral, de los verdaderos tratados de paz, de la difícil pero liberadora paz armoniosa, citando cartas, dichos de Gandhi y de Gibrán, expresando razones que surgen de la labor analítica, profunda y esperanzada, con un lenguaje que puede parecer idealista y romántico a quienes se han vuelto escépticos a que se pueda encontrar la felicidad en el matrimonio, y que viven presos de la desesperanza y en el nihilismo.

Finalmente el libro cuenta con una aportación teórica de Aniceto Aramoni, sumamente útil para los que quieren profundizar en el conocimiento de la teoría freudiana de la sexualidad. El autor analiza el concepto de "libido", la teoría de los "instintos", la esencia de la "evolución sexual" y de la influencia de la sexualidad en la neurosis, según las formulaciones originales de Freud. A lo largo de la exposición puede notarse un interés científico y sobre todo, pedagógico. La revisión crítica trasciende las conocidas objeciones a los postulados freudianos.

GIUSEPPE AMARA

Kelly, Desmond, Wagih Guirguis, Eva Frommer, Nita Mitchel Heggs y Williams Sargant, "Treatment of Phobic States with Antidepressants."

The British Journal of Psychiatry, Vol. 116, núm. 533, Abril de 1970, p. 387.

El tratamiento de los estados fóbicos es uno de los problemas psiquiátricos más desafiantes que enfrenta el médico actualmente. Se han recomendado muchos tratamientos, incluyendo psicoterapia intensiva (Friedman, 1959), terapia conductual (Wolpe, 1958; Cooper, Gelder y Morks, 1965) y desensibilización por medio de drogas (Yorkston y col., 1968). Ninguno de estos tratamientos ha probado ser completamente efectivo, permaneciendo muchos pacientes enfermos e incapacitados por muchos años. En las series que se reportarán aquí, algunos pacientes habían estado enfermos hasta por 40 años, a pesar de muchos tipos de tratamiento.

En 1951, Dally informó que la iproniazida, un inhibidor de la MAO, era principalmente útil en depresiones leves. En 1962, Sargant y Dally se referían a un tratamiento de estados de ansiedad con drogas antidepresivas; encontraron que muchos pacientes con estados fóbico-ansiosos respondían bien a un inhibidor de la MAO combinado con Librium y recaían otra vez si el inhibidor de la MAO era suspendido y se continuaba sólo con Librium. Encontraron también que en algunos pacientes deprimidos que presentaban además estados fóbicos se lograban mejores resultados si se añadía al inhibidor de la MAO alguno de los antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina.

El valor de los inhibidores de la MAO en el tratamiento de algunos estados depresivos es ampliamente reconocido, mientras que su valor en

el tratamiento de estados fóbico-ansiosos no está todavía bien establecido. Algunos autores, no obstante, han informado sobre respuestas terapéuticas muy alentadoras en pacientes con problemas de tipo fóbico-ansioso. Debido a que el tratamiento de los mismos por otros métodos es todavía poco satisfactorio, es importante dar a conocer los resultados del tratamiento con estas drogas y compararlos con los obtenidos con otros tipos de terapia.

Se estudiaron dos grupos de pacientes adultos (A y B) y un tercer grupo (C) formado por niños. La sintomatología consistía principalmente en diferentes tipos de fobias. También, muchos de los pacientes estudiados habían experimentado episodios de ansiedad aguda (crisis de pánico).

Grupo A: formado por 100 pacientes adultos institucionales quienes presentaban síntomas fóbicos como la sintomatología principal. Un 90% de ellos habían sufrido crisis de pánico.

Grupo B: formado por 96 pacientes adultos de la práctica privada, a quienes se atendió entre 1965 y 1967. Presentaban la misma sintomatología que el grupo A. No había diferencias estadísticamente importantes entre los grupos A y B en cuanto a la edad de iniciación del cuadro, distribución por sexos, duración de los síntomas, grado de severidad de las fobias, número de crisis de pánico, incapacidad social o grado de depresión. Veintidós pacientes habían sido tratados previamente con psicoanálisis o psicoterapia, y 60 habían sido tratados con drogas.

Grupo C: se estudiaron 50 niños que presentaban sintomatología de tipo fóbico a lo largo de cinco años de consulta hospitalaria.



Tratamiento de los grupos A y B: Todos los pacientes fueron tratados con uno de los inhibidores de la MAO (los más frecuentemente usados fueron fenelzina e isocarboxazida). El inhibidor de la MAO se administraba comúnmente en dos dosis, una por la mañana y otra a mediodía. Los antidepresivos tricíclicos se administraban en una sola dosis por la noche, debido a que por su efecto sedante a menudo ayudaban al paciente a dormir. Algunos pacientes fueron tratados exclusivamente con inhibidores de la MAO, mientras que en otros se combinó éste con un antidepresivo tricíclico y Librium o diazepam.

Tratamiento del grupo C (niños): La mayoría de los niños fueron tratados con isocarboxazida; en algunos casos se añadía Librium si había problemas de insomnio. Se utilizaron antidepresivos combinados, en casos de especial severidad.

Resultados: Hubo una mejoría muy significativa en las tasas fóbicas de todos los grupos estudiados, al mes y al año de iniciado el tratamiento. El porcentaje de mejoría al año fue de 88% en el grupo A, 93% en el B y 93% en el grupo C. 90% de los pacientes del grupo A había sufrido crisis de pánico antes del tratamiento; 42% se había curado de ellas al mes de iniciado el tratamiento y 68% al año, lo que constituyó una mejoría muy significativa. La respuesta al tratamiento en los niños fue muy similar a la de los adultos, pero generalmente no fue necesario mantener el tratamiento por un tiempo largo. La personalidad previa del paciente adulto, el tipo de fobia (agorafobia u otra) o la presencia de depresión en la entrevista inicial no tuvieron im-

portancia con respecto al resultado del tratamiento.

El principal hallazgo de la presente investigación es que el tratamiento con un inhibidor de la MAO solo, o combinado con Librium o un antidepresivo tricíclico, procura una mejoría muy importante en pacientes que presentan fobias como su principal sintomatología.

Los resultados obtenidos son superiores en muchos aspectos a los de un estudio muy conocido en que se comparan resultados de terapia conductual con tratamiento "control" de fobias. El tratamiento descrito exige menos tiempo y es de más fácil acceso a los médicos generales que la psicoterapia y la terapia conductual, para las que se requiere entrenamiento especial.

JAVIER ARTEAGA J.

Hay, G. G., "Dysmorphophobia". *The British Journal of Psychiatry*, Abril de 1970, Vol. 116, núm. 533, pp. 399-406.

INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ocasionalmente acuden pacientes al psiquiatra cuyo principal síntoma consiste en padecer, según ellos, un defecto estético en su físico. El autor refiere que anteriormente fueron estudiados 45 pacientes insatisfechos con su nariz, que pedían cirugía plástica.

A menudo el síntoma se refiere a algún otro rasgo corporal, como la barbilla o los pechos, y ocasionalmente se ven pacientes cuya preocupación se refiere a algún defecto físico exte-

rior que ellos creen visible para otras gentes, mientras que objetivamente el síntoma carece absolutamente de fundamento, ya que el paciente es de apariencia física buena, dentro de límites normales.

Estos pacientes son de interés particular en psiquiatría; la dismorfobia ha sido a menudo considerada como un síntoma muy grave, en el sentido de que el paciente puede presentar una esquizofrenia incipiente.

Bychowski (1943) proporciona casos clínicos de pacientes que presentaban cambios en la imagen corporal como la fase inicial de una psicosis, cristalizándose la sintomatología más tarde en torno a esos síntomas.

Algunos autores, como Mayer-Gross, han pensado que todos los pacientes que presentan ideas con relación a sus cuerpos o a funciones corporales (por ejemplo, pacientes que piensan que huelen mal) son esquizofrénicos. Anderson (1964), aunque subrayando las dificultades diagnósticas en tales casos, llega a conclusiones similares.

Así, hay evidencia abundante para considerar que la dismorfobia es un síntoma maligno, en el sentido de que puede ser una idea delirante; y aunque tenga la apariencia de una preocupación de tipo obsesivo, puede tratarse aun de una esquizofrenia pseudoneurótica.

Morselli (1886), quien por primera vez utilizó el término de "dismorfobia", describió varios casos, señalando que el paciente podía ser perfectamente sano, quizá más bien sensitivo o emotivo, y luego desarrollar súbitamente el síntoma, mostrándose luego hondamente preocupado por él. Sus pacientes presentaban diferentes síntomas, incluyendo preocu-

paciones por tener una nariz "ridícula", manos pequeñas, etc. El autor describió estos síntomas junto a los estados fóbicos y obsesivos.

Janet (1908) describió numerosos casos de pacientes que tenían sentimientos injustificados de desagrado respecto de su apariencia física. Consideraba a estos pacientes como neuróticos, que, aunque se parecían a los histéricos en algunos aspectos, presentaban importantes diferencias. Este autor acentuó los aspectos obsesivos de su sintomatología.

PROCEDIMIENTO Y MATERIAL:

Se estudiaron 17 pacientes, a los que primeramente se sometió a una entrevista psiquiátrica. Posteriormente se les aplicó una serie de pruebas psicológicas. Se utilizó un grupo control, equivalente en número, edades y sexo, elegido al azar entre el personal de enfermería de un hospital.

RESULTADOS:

Se encontró que los 17 pacientes estudiados, cuyo principal síntoma era dismorfobia, presentaban graves perturbaciones psicológicas, y cinco de ellos eran psicóticos. Se encontró que la dismorfobia es un síntoma inespecífico que puede presentarse en diferentes síndromes psiquiátricos, pero que muestra tendencia a predominar en pacientes de un tipo particular de personalidad (sensitivos y/o inseguros, usando la terminología de Schneider).

JAVIER ARTEAGA