

# III CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA PSICOSOMATICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA — (2a. Parte)

SEPARATA DE TEMAS MEDICOS - TOMO III - Londres, 1971.

**Dr. Alberto Cárdenas Escovar**

## TEMAS GINECOLOGICOS

### Problemas psico-sexuales

P. Rhodes (St. Thomas's Hospital, Londres), refiriéndose a la actitud del ginecólogo ante los problemas del sexo, dice que el pensamiento mecanístico de la ginecología como estudio de la patología de la pelvis femenina está siendo reemplazado por el concepto más amplio de un estudio integral de la mujer como una totalidad. Incluye pues su psicología y su sociología. La función sexual es una parte importante de la vida de la mujer, y el deterioro de esta función puede producir grandes perturbaciones. El ginecólogo debe ser consciente de los problemas psicosexuales y debe ser capaz de diagnosticarlos. Pero una vez establecido el diagnóstico, al menos tentativo, es necesario decidir si se tienen el tiempo y la preparación para completarlo y para hacer el tratamiento, o bien si se debe remitir el caso a quien pueda tratarlo adecuadamente.

D. R. Mace (Winston-Sadem, North Carolina) comenta el método de Masters-Johnson para el tratamiento de las deficiencias sexuales. Este trabajo sostiene que como precursores del estudio científico de la sexualidad

humana, William Masters y su colaboradora Virginia Johnson debe ser colocados a la altura de Kraft-Ebbing, Freud, Havelock Ellis y Kinsey. Esta comunicación analiza la contribución de Masters-Johnson y sus postulados, a saber: que la insuficiencia sexual existe en la mitad de los matrimonios aproximadamente; que las nuevas técnicas de tratamiento intensivo están resolviendo el 80% de los problemas sexuales conyugales; y que éste índice de éxito se ha sostenido por 5 años después del tratamiento.

### Educación Sexual

El tema fundamental de quién debe hablar a los niños sobre la sexualidad, es tratado con acierto por A. Williams (Oxford), quien considera que ésta es una responsabilidad primaria de los padres. Pero algunos padres son incapaces de hacerlo, debido a despreocupación, falta de interés o de comprensión de las necesidades del niño. Para expresarlo en los términos más sencillos, un niño debe poder distinguir el bien del mal en sentido moral, hacia los 8 años, lo cual es pertinente en relación con el problema moral implicado en la sexualidad del adulto. El problema último consiste en la manera como el adulto emplea su sexualidad, y la solu-

ción depende principalmente del amor que se ha recibido en edad temprana. Los obstetras y médicos de familia no deben perder oportunidad de hablar a las madres sobre su singular papel como educadoras, en el esfuerzo para construir una sociedad humana.

A. D. H. Browne (Dublin) analiza dos problemas vitales en el campo médico-social relacionado con la sexualidad, a saber, el embarazo ilegítimo y la enfermedad venérea, y de su estudio emerge como factor dominante el fracaso de los padres como educadores, falla que no alcanza a ser compensada por la educación sexual impartida en el medio escolar.

A. Cárdenas Escovar (Bogotá) trata este tema, definiendo la educación sexual como una promoción de la pareja hacia la realización de su misión en cuanto núcleo familiar, a través del conocimiento de los valores positivos de la sexualidad en la vida humana. El objetivo debe ser crear la motivación y el condicionamiento a través de una vocación de servicio. Se trata de una educación para el amor, lo cual debe constituir la idea central de las conversaciones con los niños cuando se acerca la pubertad, en la adolescencia, y como continuación lógica en las etapas pre-nupcial y pre-natal.

### Pubertad y Adolescencia

Es un hecho saliente, como lo anota C. J. Dewhurst (Institute of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's Maternity Hospital, Londres), que en la ginecología de la adolescente, las manifestaciones psicósomáticas se deben más a las relaciones humanas que a causas físicas.

R. Contamin y A. Savier (Grenoble, Francia) se han interesado en el problema del diagnóstico precoz de

los trastornos somáticos y psicósomáticos de las niñas y adolescentes. Han estudiado la hipertrofia genital y sus efectos psicosexuales, como frigidez, vaginismo, dispareunia. En estos pacientes, la inmadurez afectiva parece ser un rasgo común, relacionado con las actitudes de los padres. Los tratamientos propuestos están basados en fisioterapia, psicoterapia y relajación. Los autores señalan la necesidad de crear centros de ginecología juvenil con equipos de ginecólogos y psiquiatras orientados hacia la ayuda para la maduración de la mujer y hacia la promoción de la maternidad feliz.

L. Tec (Norwalk, Conn.) estudia el impacto de la "píldora" sobre el comportamiento sexual de las adolescentes. En los últimos años, con la extensión de la píldora contraceptiva en las adolescentes, han aparecido reacciones emocionales y fisiológicas dignas de comentario. Los padres y las adolescentes suelen tener actitudes diametralmente opuestas en este campo. En aquéllos domina el temor a la promiscuidad resultante de eliminar el temor del embarazo. Por su parte, las muchachas que usan la píldora sostienen que la selección del compañero y el grado de compromiso no dependen del temor del embarazo. Muchachas que aceptan altos standards de comportamiento sexual no caen en la promiscuidad simplemente porque tomen la píldora.

D. M. Bernstein (Division of Child and Adolescent Psychiatry, University of Minnesota Medical Center, Minneapolis) estudia 50 casos de intento de suicidio en muchachas adolescentes atendidas en el servicio de urgencias de un hospital general. Un tercio presentaban embarazo, o bien antecedentes del mismo. En todas, la historia mostraba un largo período de desadaptación emocional. Cada

una de las niñas parecía haber pasado por cuatro etapas: 1) precursorres tempranos de problemas emocionales en la pre-adolescencia. 2) impacto de la adolescencia con refuerzo de los problemas. 3) intentos de resolver conflictos no sexuales por medios sexuales, resultantes en embarazo. 4) ante el fracaso de estos medios, intento de suicidio para atraer la atención hacia el propio drama.

### **Perturbaciones menstruales**

En el campo importante de los trastornos de la adolescencia, debe mencionarse entre otros el trabajo de J. A. O. Rusell (Universidad de Bristol) sobre la anorexia nerviosa. Presenta 20 casos con este diagnóstico, remitidos por pérdida de peso y amenorrea, en los cuales se confirma el dato ya conocido de una alta proporción de pacientes de clase media alta. El estudio de este grupo ha mostrado la asociación significativa con la educación en internados y con cambios frecuentes de domicilio. El autor ha investigado además, por medio de un cuestionario, 250 muchachas de bachillerato, de una escuela de enfermeras y de una escuela de medicina, y encuentra 15% con episodios significativos de pérdida de peso, y 5% también con amenorrea. Este último grupo presenta además características psicosociales similares a las mencionadas, y se sugiere que pueden haber sufrido formas frustradas de anorexia nerviosa. La conclusión que obtenemos es que este síndrome posiblemente es más frecuente de lo que se cree y que debe ser buscado con mayor cuidado en la práctica ginecológica para llegar a diagnosticarlo.

S. Duret-Cosyns (Bruselas) estudió 15 casos de amenorrea secundaria en mujeres de menos de 25 años. Encuentra como hecho saliente en los antecedentes un conflicto en las

relaciones con los padres, y establece dos tipos: primero una fijación de identificación con el padre, con rechazo de la feminidad, y segundo la "simbiosis" con la madre, con la consiguiente inmadurez e identificación de la feminidad con modelos infantiles.

Los investigadores rusos preconizan los métodos basados en principios neuro-reflexológicos:

Según la comunicación de N. V. Kobozeva y N. I. Egorova (Ministerio de Salud, Moscú), basada en datos de varios autores, las "hemorragias juveniles" se presentan más o menos en 10% de casos y se deben a alteraciones del sistema hipotálamo-hipófisis ovario-útero. El tratamiento sintomático, por regla general, da resultados malos. El tratamiento cíclico prolongado con estrógenos-progestágenos suele dar un efecto hemostático estable. No debe perderse de vista, sin embargo, que la administración de hormonas sexuales exógenas, especialmente en un organismo joven en desarrollo, puede tener resultados indeseables. Los autores soviéticos han empleado la electro-estimulación del cuello uterino, con el fin de excitar un reflejo cérvico-hipofisario, que según ellos normaliza los procesos del sistema hipotálamo - hipófisis - ovario - útero. Con este método han obtenido buenos resultados (pronto efecto hemostático) en 98 niñas de 12 a 16 años.

S. N. Davydov (Escuela Médica Post-grado, Leningrado) usa el mismo principio en el tratamiento de desórdenes funcionales diversos, y considera que la mayoría de éstos tienen como base etiopatogénica un trastorno de la ovulación. Relata buenos resultados con la electro-estimulación del cuello uterino en 1.230

mujeres afectadas de hemorragias anovulatorias en etapas diversas (juveniles, reproductivas, climatéricas). También en 90 casos de infertilidad con ciclos anovulatorios, de las cuales 27 finalmente quedaron embarazadas.

De 110 pacientes con hemorragias climatéricas, tratadas mediante bloqueo con procaína de los ganglios para-cervicales, en 93 cesó la hemorragia en 48 horas.

Todos estos procedimientos han sido precedidos por la experimentación en animales.

T. Takayama (Tokyo Metropolitan Police Hospital) ha estudiado el síndrome pre-menstrual (descrito por Frank en 1931 bajo la denominación de "tensión pre-menstrual"). En 3.233 mujeres japonesas de 14 a 40 años, éste síndrome ha ocurrido en 77,9%, pero contrariamente a lo que Frank afirmaba, no se ha limitado a la fase pre-menstrual, sino que en la mayoría ha continuado manifestándose una vez iniciada la menstruación. A pesar de que los síntomas mayores son de orden nervioso o mental, el hecho de que el síndrome también aparece en retardadas mentales exentas, por supuesto, de frustración y otras alteraciones emocionales, parece indicar que no se trata simplemente de una neurosis o de un trastorno psicossomático. El análisis de la temperatura basal muestra que aquellas pacientes con una curva indicativa de una secreción luteínica normal están predispuestas al síndrome en mayor grado que las que tienen disfunción lútea.

### Dolor Pélvico

M. Renear, de la Universidad de Lovaina, distingue dos grandes gru-

pos en las pacientes con dolor pélvico crónico y sin lesión orgánica ni disfunción demostrada:

1) Pacientes que, además del dolor pélvico crónico, tienen síntomas no ginecológicos (pacientes poli-sintomáticas).

2) Las que se quejan exclusivamente del dolor pélvico crónico (pacientes oligo-sintomáticas).

En el primer grupo se tiene la tendencia a concluir que la mayoría o la totalidad de las molestias tienen un origen psicossomático.

En cuanto al segundo, para que se pueda clasificar como de causa psicossomática, es necesario un estudio más profundo, que comprenda:

a) Seguimiento prolongado para asegurarse de que los síntomas no varían en el curso del tiempo.

b) Examen clínico repetido.

c) Exclusión de lesión relacionada con el dolor, mediante laparoscopia, y si es necesario, histerosalpingografía.

d) Valoración psicológica por un psicopatólogo.

C. P. Douglas (Royal Free Hospital, Londres) desarrolla este mismo tema de la necesidad de investigación exhaustiva antes de pronunciarse definitivamente por un diagnóstico de tipo psicossomático. Dice que, basándose en su propia experiencia y en las de otros, con los métodos modernos de investigación, considera que la búsqueda nunca debe abandonarse. Cuando menos, puede descubrirse algún dato importante antes pasado por alto, y en el mejor de los casos se encuentra la causa real del dolor, lo cual evita clasificar el caso a la ligera como un problema psicológico.

De otro lado, la incidencia considerable y la importancia de la relación etiopatogénica del factor neurótico en la inflamación genital ha sido expuestas por I. Lemnete y col., de la Academia de Ciencias Médicas de Bucarest. Estos autores expresan la sorpresa que les ha causado el número de neuróticas y de sub-neuróticas que han encontrado afectadas de infección pélvica crónica.

W. Y. Sinclair (Durham) en su estudio del dolor pélvico crónico en las jóvenes, encuentra igualmente un índice alto de neuróticas. Ha empleado un tratamiento con psicoterapia y drogas psicotrópicas.

### Relaciones familiares

Según D. Brown, del Post-Graduate Institute of Obstetrics and Gynaecology, St. John's Hospital, Chelmsford las investigaciones socio-médicas muestran, sin lugar a dudas, que mientras más feliz, exitoso y de amplio criterio sea un matrimonio, menos probabilidad tienen sus hijos de sufrir problemas del desarrollo, a saber, delincuencia, alteraciones mentales y promiscuidad. En cuanto sean mayores las posibilidades para el niño de ser comprendido por sus padres, tanto mejor será la oportunidad para desarrollarse como una persona mentalmente equilibrada, activa, trabajadora y útil a la sociedad. El camino hacia la unidad familiar ideal es ciertamente no sólo el amor de esposo y esposa, sino su confianza y respeto mutuos. Uno de los elementos fundamentales de este ideal es la felicidad dentro de la intimidad conyugal, lo cual significa confianza completa en las decisiones familiares.

Entre los temas de las relaciones familiares deben mencionarse el papel del padre y el significado de su

presencia al lado de la esposa en la sala de partos, actitud que gana cada día mayor popularidad y que es promovida en numerosos centros de Norteamérica y de Europa.

N. Morris y M. Pawson (Charing Cross Hospital, Londres) presentan un informe basado en un cuestionario respondido por 730 maridos que han acompañado a sus esposas durante el trabajo, y la mayoría de los cuales han estado presentes en el nacimiento mismo. La mayoría de estos maridos se muestran seguros de que su compañía ha ayudado a sus esposas a conservar el ánimo. Muchos manifiestan haber sido moderadamente afectados por los problemas observados, a pesar de lo cual consideran que la experiencia vale la pena. Muy pocos han causado dificultades al personal obstétrico o a las madres. Los autores dicen que no hay justificación para excluir a los padres de las salas, al menos en el parto normal.

J. L. Sasmor (New York) señala que hoy día los padres ya no aceptan el ostracismo. Desean estar presentes, no como simples observadores, sino como verdadera ayuda para sus esposas, y están dispuestos a prepararse para el evento y a aprender bien su papel. Con preparación y entusiasmo, la cooperación que se obtiene puede producir resultados efectivos para la familia. En los pasados 10 años, miles de parejas han recibido preparación en Norteamérica, la mayoría por modificaciones del método de Lamaze, y se tiende a asignar al marido la función que suele cumplir la preparadora o monitrice en el apoyo durante el trabajo de parto.

P. Salmaggi, L. Zichella y E. Calzolari (I Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Universidad de Roma) di-

cen que es necesario examinar el papel del padre de un nuevo modo crítico: si bien es verdad que se reconoce hoy la importancia de su papel en la preparación para el nacimiento, se debe individualizar cada caso y tratarlo según sus propias características, teniendo en cuenta el tipo especial de apoyo psicológico que puede esperarse de él, así como las relaciones que en los planos social y moral son propios del ambiente particular de donde procede la pareja. Ignorar estas precauciones sería someter indiscriminadamente a los padres a una regla general, contrariando principios psicossomáticos fundamentales.

### Planeación familiar

P. Barglow y E. Brown (Depto. de Psiquiatría, Michael Reese Hospital, Chicago) clasifican y describen los factores de fracaso de la contracepción, utilizando 8 breves ilustraciones clínicas.

Como causas que interfieren el control natal efectivo, se identifican 3 zonas psiquiátricas problemáticas, a saber:

1) La motivación de la paciente. Puede haber una ambivalencia en la mujer que busca la contracepción aunque tiene una fuerte necesidad inconsciente de embarazo. La determinación de evitar la gestación puede ser socavada por los problemas emocionales del marido. Los valores culturales y las presiones políticas pueden facilitar o contrariar el deseo de tener los hijos.

2) La elección de los métodos. Cualquiera de ellos, en ciertos momentos, puede estar psiquiátricamente contraindicado en determinadas pacientes.

3) La solicitud de contracepción como un deseo disfrazado de psicote-

rapia. Por su participación en los misterios de la vida, el ginecólogo es deificado en los anhelos irracionales de muchas pacientes. Por consiguiente, la petición de ayuda contraceptiva puede esconder una súplica de que se las rescate de un trastorno mental o conyugal serio.

S. Fleck (Depto. de Psiquiatría, Universidad de Yale, New Haven), trata también el tema de los obstáculos psicossociales para el control de la fertilidad. La investigación sobre el fracaso de la contracepción revela un índice elevado de ambivalencia en el esposo a quien se ha asignado la responsabilidad de aquélla, y también la frecuencia de actitudes divergentes entre los cónyuges.

M. J. Daly (Department of Obstetrics and Gynecology, Temple University, Filadelfia) dice que los fracasos pueden reducirse si los factores psicológicos se valoran y utilizan antes de prescribir el método de contracepción. Si falta una motivación sincera habrá un índice alto de fracaso (excepto con la esterilización). En mujeres esterilizadas, con deficiente motivación, pueden aparecer muchos síntomas psicossomáticos. La modificación de patrones culturales permite aumentar la motivación.

G. Christie (Maidenhead, Berkshire) estudia el grado hasta el cual pueden considerarse los efectos colaterales de la contracepción oral como psicológicos, más que reales. Cita los experimentos con un "placebo contraceptivo", que demuestran que incluso con una medicación inactiva se presenta una incidencia significativa de reacciones adversas.

J. R. Newton (King's College Hospital, Londres) analiza la importancia de un centro de asesoría juvenil dentro de la medicina hospitalaria. En su

experiencia, la mayoría de las parejas que solicitan dirección contraceptiva presentan una relación estable y su motivación consiste en una resistencia a casarse, debida a razones socio-económicas, o a incertidumbre sobre la elección definitiva de cónyuge. Las estudiantes no desean el embarazo hasta después de terminar sus cursos, y la elección de método se inclina generalmente hacia la píldora. Diez por ciento emplean medios mecánicos, 88% contracepción oral, y 2% dispositivos intra-uterinos.

### **Infertilidad**

Los trabajos sobre este tema hacen resaltar la importancia de los factores psíquicos, y el hecho de que hasta ahora su estudio ha sido tratado con gran negligencia. Veamos las notas de algunos de ellos.

Los investigadores del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nisu, Yugoslavia, N. Dimic y col., han estudiado 678 pacientes, encontrando 102 (15,1%) con posible esterilidad psicogénica y 22 (3,3%) con esterilidad claramente psicogénica.

Otro grupo yugoeslavo, E. Stolevic y col., de la Universidad de Belgrado, estiman en un 2,1% los casos de esterilidad atribuible a factores emocionales, en una serie de 694 pacientes.

El componente masculino también ha sido analizado:

L. Carena y col. (I Clínica Obstétrica y Ginecológica, Universidad de Roma) muestran que no es raro que la insuficiencia seminal sea causada por factores psicosomáticos, a menudo no diagnosticados por falta de estudio. Indican la posibilidad de tratamientos con anti-depresores, inhibido-

res de la monoamino-oxidasa y anti-espasmódicos.

G. Silo-Seidl (Frankfurt am Main) han dado importancia al papel de la mujer en la etiopatogenia de la impotencia masculina, y llegan a evaluarlo en más del 50%, relacionándolo con causas diversas, anatómicas y psicosomáticas y haciendo resaltar que la conexión entre los componentes físicos y psíquicos es tan importante que sólo el examen y el tratamiento conjuntos de la pareja, como para la infertilidad, puede llevar a resultados terapéuticos efectivos.

### **Diagnóstico y terapia de los desórdenes psicosomáticos**

Los investigadores ingleses han hecho una importante contribución al sistema institucional de consulta psicosomática para pacientes ginecológicas.

D. O'Neill y C. J. Dewhurst (Londres) describen en su comunicación el funcionamiento de un servicio de este tipo en el Chelsea Hospital for Women. Las pacientes son seleccionadas dentro de las nuevas que han sido remitidas en consulta a la Unidad Docente. Los síntomas de estos casos usualmente son formulados en términos físicos. El ginecólogo hace primero una valoración de las condiciones orgánicas y la paciente pasa luego a un consultorio adyacente para ser vista por el internista, quien investiga el componente de stress, presente y pasado en el cuadro clínico.

E. Cope y C. D. Neal (The Nuffield Maternity Home, Oxford) presentan un estudio sobre la morbilidad psiquiátrica y física en un grupo indiscriminado de 100 pacientes de consulta externa ginecológica. Se estableció una entrevista psiquiátrica standard y los casos fueron clasificados de acuerdo con los diagnósticos gineco-

lógico y psiquiátrico. Veinte presentaban morbilidad psiquiátrica sin patología ginecológica. Cuarenta y una, trastorno psiquiátrico y además patología ginecológica menor no relacionada con los síntomas acusados.

En 4 el diagnóstico dominante era ginecológico, con trastorno psiquiátrico secundario. Así pues, 65% presentaban un componente psiquiátrico de grado variable. Las restantes, 35%, eran presumiblemente casos ginecológicos puros. Se anota que los criterios diagnósticos de morbilidad psiquiátrica fueron precisamente los mismos aplicados en el examen de pacientes remitidas en primera instancia a la consulta psiquiátrica.

El tema de la frigidez ocupa un lugar importante en las comunicaciones sobre trastornos ginecológicos psicosomáticos.

R. C. Greenberg (Londres) considera la frigidez como un síntoma de conflicto interpersonal conyugal, destinado a proteger la personalidad total.

S. Duret-Cosyns y F. Lemarchand (Université Libre de Bruxelles), en un estudio clínico y psicológico de 20 casos de frigidez, dicen que cualquiera que sea su forma, éste trastorno refleja siempre una inhibición relacionada con factores conscientes o inconscientes, a veces actuales, pero más frecuentemente dependientes de desórdenes del desarrollo psico-sexual. Es más o menos fácil encontrar en cada caso un temor consciente o inconsciente de la sexualidad, una agresividad hacia el cónyuge o hacia el varón en general, y un sentimiento de culpa por esta agresividad. El estudio biográfico de la paciente permite ver que, más que una posible inhabilidad del cónyuge (a veces acusado), se trata de factores

determinantes de la adaptación afectiva y sexual en el pasado de la paciente, desde la edad temprana, el ambiente familiar afectivo, en que ha crecido y del tipo de educación recibida.

E. van Bogaert-Titeca y S. Duret-Cosyns (Université Libre de Bruxelles) consideran que la terapia de comportamiento basada en un condicionamiento tiene muy buena aplicación en el campo de la frigidez. Esta forma de tratamiento interpreta la patología sexual, y especialmente la frigidez, en términos de condicionamiento. Cuando quiera que este trastorno está basado en elementos psíquicos, y sea él primario o secundario, parcial o total, representa una reacción emocional condicionada, caracterizada por una incapacidad para dar una respuesta apropiada a una situación, a causa de ciertos estímulos generadores de temor. La técnica terapéutica preconizada por estos autores implica un recondicionamiento e incluye un entrenamiento de relajación, junto con los estímulos para emitir respuestas sexuales y asertivas.

H. Hirsch (Universidad de Tel Aviv), refiriéndose al tratamiento psico-médico del vaginismo, dice que el tratamiento causal lógico debe basarse en la búsqueda del factor condicionante neurótico, pero que como ello demanda un método analítico que consume largo tiempo y no satisface el deseo urgente de ayuda de la paciente, generalmente es necesario contentarse con un tratamiento sintomático que favorezca en cuanto sea posible una vida matrimonial cercana de la normalidad. Esta terapia consiste esencialmente en varias sesiones de hipnosis mediana seguidas de auto-dilatación vaginal.

### Menopausia y Post-menopausia

Los desequilibrios emocionales de la pre-menopausia son descritos por E. Mc. N. Dunlop (Attelboro, Massachusetts) de la siguiente manera:

Muchas mujeres pre-menopáusicas, en la imposibilidad de cumplir sus funciones del modo usual, debido a la declinación de sus capacidades físicas y emocionales, no son capaces de tolerar las decepciones. Estas son las mujeres egocéntricas, dominadas por actitudes narcisistas, a diferencia de las que pueden absorberse en obras sociales, actividades comunitarias, movimientos políticos, trabajo hospitalario, etc. Las egotísticas son particularmente vulnerables. Se encuentran en la cumbre de su carrera, en posiciones directivas o ejecutivas, o bien totalmente entregadas al servicio de su familia. Su ego se complace en la satisfacción de sentirse esencialmente necesarias. Todas han disfrutado ya del lugar central en la escena. Al verse privadas de esta posición, reaccionan en forma defensiva. El fracaso de su ego despierta sentimientos de inferioridad y produce frustraciones que salen a la superficie como padecimientos psicossomáticos. Los desórdenes anímicos aparecen principalmente bajo la forma de ansiedad seguida de depresión.

Con respecto a los problemas psicossomáticos de la menopausia, T. Banerjee (Calcuta) anota que ellos son de gran diversidad. Entre dos extremos a saber, la paciente que no les concede importancia y los acepta como parte del cambio de vida, y aquella otra que se convierte en un caso psiquiátrico que requiere tratamiento institucional, sea éste voluntario o impuesto, se encuentra un grupo intermedio que aunque acude al ginecólogo, raramente ha sido bien es-

tudiado. Nos hemos contentado con prescribir hormonas. Los tratamientos empleados por el autor son de tres tipos:

- a) Psicoterapia con o sin placebo.
- b) Psicoterapia con tranquilizantes.
- c) Hormonas.

W. H. Utian (Groote Schuur Hospital, and University of Cape Town Medical School, Sudáfrica) presenta el tratamiento de un grupo de 50 pacientes con menopausia post-quirúrgica (ooforectomía bilateral). Ha empleado valerato de estradiol 4 mg. al día en series continuas de 6 meses, y estrógenos conjugados equinos 5 mg. por tres meses, con evaluaciones repetidas cada tres meses.

Entre las drogas psicotropas se ha estudiado especialmente el anti-depresivo opipramol.

D. Wheatley (Twickenham, Middlesex) considera deseable el uso de drogas que reemplacen los estrógenos "en vista del ligero riesgo de trombosis venosa y arterial en mujeres que toman esta hormona, incluso por períodos cortos, como una semana". Teniendo en cuenta que los síntomas menopáusicos parecen deberse a supresión estrógena secundaria a disfunción hipofisaria, y que ésta última puede ser favorablemente influenciada por las drogas psicotropas, ha usado el opipramol, en comparación con el fenobarbital. Observa un índice de buen éxito relativamente elevado con ambas drogas, posiblemente en mayor grado con el opipramol. También han sido más favorables los efectos de éste que los de un placebo.

J. J. Foldes (Tel Aviv) asegura que sus estudios confirman la naturaleza psicossomática de la mayor

parte de los padecimientos climatéricos, así como el valor terapéutico del opipramol.

A. C. Comninos (Atenas) señala que la mayoría de las investigaciones están en favor de la medicación combinada estrógeno-andrógeno, que da los mismos efectos benéficos que cada una de estas hormonas sola, pero con menos efectos colaterales. Menciona como terapia no hormonal la psicoterapia y los estabilizadores del sistema neuro-vegetativo. Ha empleado en 52 casos de síndrome menopáusico un compuesto estrógeno-andrógeno inyectable de acción prolongada, asociado a un regularizador neuro-vegetativo. Afirma que esta

asociación da resultados mucho mejores.

Terminamos aquí estas notas resumidas de los trabajos que más han despertado nuestro interés en el Congreso de Londres y queremos mencionar la designación que se ha hecho de Tel Aviv, Israel, como sede del IV Congreso Internacional de Medicina Psicosomática en Obstetricia y Ginecología, que habrá de realizarse en 1974, y en cuya organización ya se encuentra trabajando el Comité Internacional, presidido por el Profesor Herman Hirsch, Director del Depto. de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tel Aviv.