

35. ¿Cómo se sintió usted respecto al paciente durante la entrevista? 1) definitivamente disgustado; 2) algo disgustado; 3) ni agrado ni disgusto; 4) algo de agrado; 5) mucho agrado.
36. ¿Si se le pidiese hacer psicoterapia a este paciente cómo se sentiría usted al respecto? 1) opuesto; 2) carente de interés; 3) neutral; 4) moderadamente interesado; 5) grandemente interesado.
37. El mejor plan de tratamiento para este paciente será: 1) ningún tratamiento psiquiátrico; 2) drogoterapia; 3) psicoterapia de apoyo; 4) psicoterapia analítica; 5) hospitalización.
38. ¿En qué punto terminó la entrevista? 1) insatisfactorio; 2) pobre; 3) satisfactorio; 4) bueno; 5) excelente.
39. Si usted se encontrara a este paciente en una reunión social esta noche, usted: 1) ¿lo evitaría completamente?; 2) ¿tendría un contacto mínimo con él?; 3) ¿sería indiferente?; 4) ¿socializaría con él?; 5) ¿lo buscaría de modo definido?

C. E. KRAUSS

Burstein R. y R. D'Esopo, "The Obligation to remain sick". *Archives of General Psychiatry*, vol. 12, abril 1965, p. 402.

En los hospitales se pide con cierta frecuencia al psiquiatra que intervenga en casos de pacientes "difíciles", es decir, de pacientes que no cooperan en su tratamiento. El psiquiatra está obligado a manejar tanto el aspecto psicopatológico como los factores ambientales

que pueden estar contribuyendo a que persista la enfermedad.

Los autores señalan dos aspectos de las actitudes ante la enfermedad; una, por parte de la sociedad hacia el enfermo, consiste en liberarlo de las obligaciones sociales, así como de su responsabilidad personal, otra, por parte del propio enfermo quien se siente obligado por la sociedad a querer y a tratar de ponerse bien, buscando la ayuda técnica adecuada. Si por causa de una necesidad de dependencia o de ganancia secundaria el paciente se "resiste" a curarse, entra en conflicto con la sociedad o con la familia y su conducta puede ser considerada como una resistencia a las normas sociales, un desafío a personas que le son significativas.

Hasta aquí la causa de "permanecer enfermo" radica en el paciente. Pero también puede suceder, en otros casos, que sean la familia, el médico u otras personas e instituciones quienes no favorezcan ni deseen genuinamente su recuperación. En esta situación la obligación del enfermo no es aliviarse, sino permanecer enfermo.

Los hospitales son instituciones sociales que proveen un lugar adecuado para tratar al enfermo, de quien se espera un doble papel: liberación de responsabilidades y obligación de curarse. Sin embargo los médicos o las enfermeras pueden obligar al paciente a permanecer enfermo. Cuando el paciente, su familia y los médicos coinciden en su actitud respecto al enfermo, se le etiqueta con el diagnóstico de crónico; pero si hay desacuerdo, sobre todo por parte del personal médico, se le califica de "difícil". Se observa que con frecuencia la familia se encuentra en equilibrio estable debido a la enfermedad del paciente y ambos gratifican sus necesidades a través de la enfermedad.

Indudablemente hay una gran cantidad de circunstancias que contribuyen a esta situación, algunas obvias como las pensiones o compensaciones por enfermedad, o el retirar al enfermo y convertirlo en un inválido, lo que resuelve un problema grave en la familia. Los autores relatan tres casos en los que en su opinión la familia o el personal médico determinaron en el paciente "la necesidad de permanecer enfermo".

A. RAMÍREZ

Seward, G. H., P. S. Wagner, J. F. Heinrich, S. K. Block, H. L. Meyerhoff, "The Question of Psychophysiological Infertility: Some Negative Answers". *Psychosomatic Medicine*, vol. XXVII, núm. 6, noviembre-diciembre de 1965, p. 533.

En su revisión de la literatura, los autores encuentran pocos estudios objetivos que fundamenten la teoría generalmente aceptada de que en las mujeres estériles el deseo consciente de tener un hijo se acompaña del rechazo inconsciente de la función maternal.

En este trabajo, los autores estudiaron, en distintos niveles, a 41 mujeres estériles y como controles a 41 multiparas, que acudían a la clínica, para el tratamiento de la esterilidad las primeras, y para exámenes *post partum* las segundas.

Las hipótesis de trabajo fueron que en las estériles se encontrarían:

1. Alteraciones de su identificación femenina.
2. Rechazo y alteraciones en otras áreas de la sexualidad femenina.
3. Transferencia de la dependencia materna, no resuelta, al esposo, con una

consecuente pobre adaptación emocional y sexual en el matrimonio.

Los planos conscientes fueron investigados por medio de la entrevista psiquiátrica directa. Los inconscientes, por: 1) Frases incompletas; 2) T. A. T.; y 3) D. A. P.

Las mujeres estudiadas fueron comparadas con controles parecidos en edad, I. Q., *status* social, etc. A las primeras se las dividió en dos subgrupos, en relación a la presencia o ausencia de causas orgánicas. El estudio no evidenció diferencias apreciables entre estériles y controles, si se exceptúa un leve predominio de experiencias homosexuales en el primer grupo, no tan marcado, sin embargo, como para confirmar la primera hipótesis de este trabajo.

En conclusión, los autores encontraron más semejanzas que discrepancias entre los dos grupos estudiados y señalan la necesidad de más estudios objetivos para poder llegar a una conclusión satisfactoria acerca de la existencia o no de causas psicógenas en la esterilidad.

C. B. ARUFFO

Mc Donald Robert L., "Personality Characteristics in Patients with Three Obstetric Complications." *Psychosomatic Medicine*, vol. XXVII, núm. 4, julio-agosto de 1965, p. 383.

Este trabajo se propuso investigar si existe una relación entre alteraciones específicas de la personalidad y patología específica en el curso del embarazo, o si solamente existe una relación inespecífica entre alteraciones de la personalidad y complicaciones del embarazo y parto.

Por tres años se administró una batería de tests (de personalidad, mecanismos de defensa y angustia manifiesta) a todas las primigestas en el séptimo mes de embarazo del F. C. H. Hospital.

Después del parto, todas las pacientes fueron clasificadas según el curso de su embarazo. Se seleccionaron 23 pacientes con ruptura precoz de membranas (PRM), 25 con excesivo aumento de peso (EWG) y 21 con síntomas pre-eclámticos (PE); los controles fueron 100 mujeres con embarazo y parto normal.

El grupo con alteraciones tuvo, en su conjunto, significativamente más altos índices de angustia, introversión, preocupaciones hipocondriacas, intelectualización, obsesividad y depresión, lo que está de acuerdo con estudios anteriores.

El grupo con PRM tuvo índices más cercanos a los controles normales, excepto que, con más defensas de tipo obsesivo y menor fuerza del Yo.

El grupo con EWG acusó mayor angustia manifiesta, desconfianza, preocupaciones hipocondriacas y pasividad.

En el grupo PE hubo marcados rasgos hipocondriacos y tendencia a usar los síntomas físicos para resolver conflictos y evitar responsabilidades de adulto.

No se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos patológicos a excepción de una mayor hostilidad en el PRM.

El presente estudio confirma que las mujeres con complicaciones del curso del embarazo presentan alteraciones de la personalidad más acentuadas que las mujeres con embarazo normal; en cambio, no aporta datos suficientes para afirmar una relación directa entre la

gravedad de los síntomas biológicos y los psicológicos a pesar de una patología psicológica ligeramente mayor en los grupos con EWG y PE.

C. B. ARUFFO

Ayres, Conrad M., "Nocturnal Eneuresis: Remission in a Patient Treated with Desipramine and Protriptyline." *American Journal of Psychiatry*, vol. 122, núm. 8, febrero de 1966, pp. 947-949.

En este reporte, el autor nos hace notar que ya en 1960 pudo controlar la enuresis, que presentaba un adolescente deprimido e hiperactivo, con imipramina, y que desde entonces otros investigadores han confirmado estos buenos resultados.

Basándose en que drogas de estructura química similar deben de producir efectos farmacológicos parecidos, llega a la conclusión de que la desipramina, sustancia derivada de la imipramina, debe poseer las mismas propiedades de control de la enuresis.

Para confirmar esta suposición, nos reporta el caso de una mujer de 38 años, casada, que sufrió de depresión y enuresis desde los 18, que no había cedido con psicoterapia de sostén o T. E. C., y sólo había mejorado en 4 ocasiones en que estuvo hospitalizada por diversos motivos. Fue tratada por el autor, al exacerbarse su depresión, a base de desipramina, con lo que mejoró notablemente tanto del cuadro depresivo como de la enuresis. A causa de los efectos secundarios que le produjo dicha medicina, se le tuvo que cambiar por protriptylina, droga relacionada químicamente con las anteriores y con la que

se obtuvieron los mismos resultados satisfactorios.

Termina diciendo que estas observaciones hacen surgir diversas preguntas, tales como: 1) ¿Son la desipramina y la protriptylina tan eficaces como la imipramina en el control de la enuresis, y se pueden usar en lugar de ésta? 2) ¿Este control de la enuresis es compartido con otros compuestos de estructura química similar, o tal vez con otros antidepresivos? 3) ¿El efecto benéfico de estos medicamentos en la enuresis indica que ésta es un síntoma del síndrome depresivo, que tal vez en algunos casos simboliza un "llanto nocturno" o algún otro factor? 4) ¿Podrían ser resueltos los conflictos neuróticos por un empleo combinado de técnicas farmacológicas y psicodinámicas?, etc., dudas que justificarían investigaciones futuras más amplias.

J. SANTAMARÍA M.

Kardener, Sheldon H., "Acute Brain Syndrome with Florid Psychosis from Combined Desipramine-Imipramine Therapy". *American Journal of Psychiatry*, vol. 122, núm. 7, enero de 1966, pp. 814-815.

En este artículo, el autor revisa la razón del empleo simultáneo de la desipramina y de la imipramina en el tratamiento de la depresión. Esta consiste teóricamente en que se considera que la desipramina tiene una mayor rapidez en el inicio de su acción antidepresiva, misma que se aprovecha mientras se instala la acción de la imipramina; sin embargo, esto es discutible ya que se han hecho estudios bien controlados que muestran diferencias

significativas en la acción antidepresiva de dichas drogas.

Por otra parte, examina diversos informes acerca de los efectos colaterales tóxicos de la imipramina y encuentra que puede producir estados de delirium y alucinaciones visuales, sola, en combinación con algún agente antiparkinsoniano (fenglutarimida) o administrada a un enfermo en tratamiento con un inhibidor de la MAO (paraglyline).

A continuación, reporta el caso de un paciente de 60 años con diagnóstico de enfermedad de Parkinson y depresión agitada, que fue tratado con 100 mgs. de desipramina y 75 mgs. de imipramina diarios, junto con una droga antiparkinsoniana (trihexifenidyl), quien presentó una mejoría del estado de ánimo al quinto día de iniciado el tratamiento, mejoría que no se sostuvo y fue seguida de un síndrome cerebral agudo con graves síntomas psicóticos (alucinaciones, ilusiones, ideas delirantes, severos trastornos de conducta, confusión, agitación), por lo que fue suspendida la medicación, a los 9 días de iniciada; el cuadro cedió a los 26. Fue tratado posteriormente con T. E. C. a la que respondió bien. Los análisis toxicológicos de orina, practicados 2 días después de suspender la aplicación de dichas drogas, revelaron la presencia de cantidades significativas de metabolitos fenólicos de ambas.

Por último concluye que debe enfatizarse que la imipramina y sus derivados potencialmente pueden producir efectos colaterales tóxicos severos. El riesgo de que produzcan un síndrome cerebral agudo aumenta cuando se usan en combinación con otros medicamentos, particularmente los agentes antiparkinsonianos, o en pacientes con síndrome cerebral crónico.

J. SANTAMARÍA M.