

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.