

pulsos (en relación al super-Yo) engendra conflictos de culpabilidad y angustia. El mundo narcisista (en el que se origina el ideal del Yo) puede producir vergüenza y depresión. La libido narcisista que el niño proyecta en el pariente, la recibe de retorno, en forma de confirmación narcisista; por ello puede tomarse como objeto y amarse (narcisismo secundario). Si la posesión de su propio Yo es integrada sin conflictos, así lo será la relación objetual, que sobre bases sólidas tenderá a la unicidad y a la permanencia (así como el narcisismo es sin comienzo ni fin, como lo saben los creyentes y los enamorados). Sólo cuando uno pueda amarse por lo que es, podrá amar al objeto, tal cual es, con sus defectos; ésta es la solución normal. La confirmación narcisista defectuosa lleva a la solución neurótica. La inversión narcisista de los impulsos parciales pre-genitales lleva a la perversión sexual. La confirmación narcisista regresiva y delirante lleva a la solución psicótica.

G. AMARA

Siggins, Lorraine D., Mourning: "The Critical Survey of the Literature". *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 14, 1966.

Revisa la autora exhaustivamente la literatura sobre el tema, a partir de las observaciones de Sigmund Freud, en su trabajo de 1917, *Duelo y melancolía*, donde se dice: el duelo, aunque implica una actitud que se aparta significativamente de las pautas normales de la vida, no se considera una condición patológica. Sus principales características, son: pérdida de la capacidad de amar, inhibición de la actividad, pér-

didada del interés en el mundo exterior y una profunda y dolorosa melancolía.

Se distinguen, en el artículo, tres clases de reacción posibles ante la muerte de un ser amado: reacciones normales de duelo, debidas a la ambivalencia de la relación existente; reacciones de duelo patológicas y enfermedades psíquicas desencadenadas por la desaparición de la persona querida.

Reconoce como elementos de la reacción normal del duelo, los señalados por Freud y agrega, además, algunos componentes frecuentes tales como la culpabilidad, que es proporcional a la hostilidad consciente o inconsciente que previamente existía hacia la persona desaparecida; angustia asociada a la culpabilidad, cuando hay ideas que sugieren responsabilidad por la muerte de la persona amada; sentimiento de liberación, cuando ha existido una relación de intensa dependencia, especialmente observada en el caso de la muerte de los padres; sensación de alivio y descanso, en casos de agonía o sufrimiento prolongado antecediendo a la muerte; reactivación de antiguos conflictos, tales como ansiedad relacionada con situaciones de ruptura, situaciones edípicas no resueltas; sentimiento de soledad y desamparo ante la imposibilidad de hacer nada eficiente frente a la irreparable pérdida, así como la idea de continuar la vida sin la persona desaparecida. Se indican también algunos síntomas físicos, tales como una marcada tendencia al llanto, a suspirar, pérdida del apetito, y una sensación de vacío en el estómago; estos síntomas físicos pueden estar relacionados con fenómenos de internalización o identificación con la persona muerta, o bien ser la expresión de afectos inconscientes. Aparecen mecanismos de defensa, tales como la negación de la realidad y la

ausencia de emociones por represión. La negación de la realidad es habitualmente una reacción normal ante la muerte en el proceso normal del duelo; después de un tiempo breve la realidad se impone y el duelo se inicia. La ausencia de emociones, estrechamente ligada a la negación de la realidad, puede ocurrir durante un tiempo en el proceso normal del duelo.

Las reacciones que se describen en el duelo patológico son básicamente las mismas que se aprecian en el duelo normal, pero exageradas o persistentes. Se subrayan, sin embargo, algunos aspectos:

La ausencia persistente de una reacción emocional puede ser una característica patológica, dice el autor, ya que la realidad de la muerte es inescapable. La prolongación del duelo se estima como una evidencia de la patología de la reacción del duelo. Finalmente, la reacción de pena, vivida con desmesurada intensidad, se estima como una reacción patológica.

Se citan como factores predisponentes a la presencia del duelo patológico, la inesperada y repentina ocurrencia de la muerte; la forma de la muerte misma; la ambivalencia marcada hacia la persona muerta y la baja tolerancia a la ansiedad y el dolor.

La aparición de enfermedades psiquiátricas, precipitadas por la aflicción y el desamparo, se considera como una tercera posibilidad de reacción a la muerte de una persona amada; así, se describen fenómenos histéricos, estados de ansiedad, reacciones maniaco-depresivas; como también alteraciones psicósomáticas del tipo de la úlcera péptica, colitis ulcerosa y artritis reumatoide.

En el artículo se examinan especialmente las reacciones de las personas adultas. Discute la autora, muy breve-

mente, las reacciones de duelo en la infancia, señalando la frecuencia con que se observan reacciones de indiferencia en los niños. Esto se explica por su incapacidad de comprender el enigma de la muerte y la falta de advertencia de sus consecuencias.

Finalmente, la autora señala la bibliografía existente sobre estas cuestiones en una excelente y detallada clasificación de la literatura.

M. CÁRDENAS

Lowinger, Paul L. y Shirley Dobie, "Attitudes and Emotions of the Psychiatrist in the Initial Interview." *American Journal of Psychotherapy*, vol. XX, núm. 1, enero de 1966, pp. 17-35.

Una relación terapéutica entre el paciente y el doctor es fundamental en la psicoterapia así como en todo tratamiento médico. Todos los psicoterapeutas aceptan este punto de vista aunque sus marcos teóricos puedan diferir ampliamente. Las psicoterapias, en su totalidad, se basan en la utilización de la relación paciente-terapeuta para sus metas terapéuticas. El paciente ha sido el más frecuente objeto de estudio, las técnicas o los procesos de la psicoterapia han sido moderadamente estudiados, y el terapeuta es el componente que ha sido menos estudiado.

La significación de las emociones del médico durante la primera entrevista psicoterapéutica es algo generalmente reconocido. Leon Saul declara que en la entrevista inicial, el analista puede discernir de entre sus sentimientos cuáles le parecen inapropiadamente fuertes, y esta reacción es una clave para

la motivación del paciente que los ha evocado.

En 1959, la clínica Lafayette de Detroit, Mich., comenzó a examinar la interacción doctor-paciente para mejor comprender sus relaciones con el diagnóstico psiquiátrico, las recomendaciones y el proceso de tratamiento, con la meta eventual de especificar sus papeles en la psicoterapia. Fue escogida la entrevista inicial porque permite claridad y precisión en la investigación metodológica, porque es el punto crucial de decisiones psiquiátricas y también porque es el comienzo del tratamiento psiquiátrico. En el marco teórico de este estudio se evitaron las diversas definiciones de contratransferencia y del área de la misma, así como las controversias acerca de su origen y utilidad en la terapia. "Estamos examinando la variable constituida por el terapeuta en la relación paciente-terapeuta de la entrevista inicial."

MÉTODO. Se elaboró un cuestionario con 39 ítems que pretendían una evaluación de varias características del paciente, tales como fuerza del ego, apariencia, motivación y magnitud de la impulsividad. Las reacciones personales del terapeuta fueron determinadas con preguntas como: qué incómodo, tenso o ansioso se sintió durante la entrevista. Además hubo preguntas que versaban sobre la interacción paciente-terapeuta, recomendaciones y pronóstico. Una pregunta típica es la segunda del cuestionario: ¿Cómo fue la apariencia general del paciente? La respuesta se escogió entre: 1) insatisfactoria, 2) pobre, 3) satisfactoria, 4) buena y 5) excelente.

El cuestionario fue respondido por 16 residentes psiquiátricos a continuación de la entrevista inicial con pacien-

tes nuevos. Cada residente completó 19 cuestionarios de pacientes consecutivos y elegidos al azar. Los 8 residentes asignados al servicio de pacientes internados completaron estos cuestionarios después de la primera entrevista con el paciente recientemente internado, y los 8 residentes responsables de la atención de pacientes ambulatorios llenaron sus cuestionarios después de la primera entrevista diagnóstica con el nuevo paciente externo.

El plan y las metas de la investigación surgieron de un cierto número de preguntas: ¿Pueden las actitudes del psiquiatra ser significativamente definidas y reportadas por un cuestionario? ¿Pueden estas actitudes formar categorías calificables como "positivas" y "negativas"? ¿Difieren las actitudes del médico según las características del paciente, tales como edad, sexo, raza, y diagnóstico? ¿Cuál es el efecto de estas características sobre la decisión de tratar al paciente y la calidad y cantidad del tratamiento? ¿Cuál es el efecto de las actitudes del terapeuta sobre la decisión de tratar al paciente y el monto e índole del tratamiento ofrecido?

Se realizó un análisis factorial mediante una computadora IBM650 a fin de reducir a dimensiones útiles los 39 ítems del cuestionario, aplicado a 300 pacientes, a dimensiones útiles (56 psiconeuróticos; 20 con depresiones involutivas o maniaco-depresivos; 94 desórdenes de la personalidad; 78 esquizofrénicos y 16 síndromes orgánicos cerebrales). Estos pacientes fueron estudiados por 16 doctores. Gracias a esta técnica matemática se pudo descubrir cuáles de estos 39 ítems se agrupaban. Emergieron 8 factores:

1. Fuerza de comunicación del ego.

- Comunicación afectiva.
 - Contacto con la realidad.
 - Fuerza yoica.
 - Aceptabilidad de la psicoterapia.
2. Incomodidad del terapeuta.
- Reacciones del terapeuta durante la entrevista. (17, 25, 32)
3. Dependencia hacia el terapeuta y aceptación del mismo. (4, 19, 29, 38)
- Conformidad y dependencia mostradas por el paciente.
 - En virtud de lo anterior, cuánto le agrada el terapeuta al paciente.
 - El grado en que terminó satisfactoriamente la entrevista.
4. Agresividad del paciente y *acting outs*. (8, 18, 22, 24, 31)
- Cuánta agresividad y *acting out* se espera durante la terapia.
 - Magnitud de hostilidad e impulsividad evidentes en la entrevista inicial.
5. Atractivos físicos. (2, 11, 26)
- Cuán atractivo parece ser el (la) paciente.
 - Cuán masculino.
 - Cuán femenino.
 - Apariencia general.
6. Aceptabilidad del tratamiento.
- Cuán aceptable o deseable es la psicoterapia para el paciente.
 - Tratamiento psiquiátrico de elección.
 - Pronóstico sin tratamiento. (12, 27, 36, 37)
7. Semejanzas. Paciente-terapeuta. (6, 14, 20, 30). Grado de semejanza entre ambos en:
- Status* socioeconómico.
 - Experiencias de infancia y adolescencia.
 - Personalidad.
 - Problemas actuales.

8. Gusto o simpatía del terapeuta o del paciente. (7, 21, 35)
- Los sentimientos de simpatía o antipatía del terapeuta hacia el paciente.
 - El grado de cambio de estos sentimientos durante la entrevista.

Las "anotaciones" de las actitudes no mostraron relaciones significativas con la edad, sexo y estado civil de los pacientes. Sí fueron significativas las correlaciones de raza, religión, clase social, fuente de referencia y extensión del tratamiento.

La clase social —medida con el criterio de Hollingshead— se correlacionó positivamente con la fuerza de comunicación del ego y la semejanza paciente-terapeuta, es decir: cuanto más alta la clase, mayores eran estos dos factores.

Se vio que el terapeuta, cuyos padres eran de clase social baja, no mostró una correlación positiva entre la clase social y los dos factores significativos: fuerza de comunicación del ego y semejanza paciente-terapeuta.

La fuente de referencia de los pacientes se correlacionó positivamente con 2 factores: Incomodidad del terapeuta y aceptabilidad para la terapia. Pacientes referidos por sí mismos o sus parientes causaron mayor incomodidad al terapeuta. Fueron los pacientes referidos por una fuente religiosa o por un psiquiatra privado los que causaron menos incomodidad al terapeuta y los más aceptables para la terapia; los menos aceptables fueron de fuente legal pero causaron poca incomodidad.

Se vio que a mayor relación positiva entre: atractivos físicos, aceptabilidad para el tratamiento y semejanza paciente-terapeuta, mayor número de consultas.

Fue de interés encontrar que el "gusto hacia el paciente" no se relacionó con aceptabilidad para el tratamiento, semejanza paciente-terapeuta y apariencia física. En otro reporte de este estudio, el "gusto hacia el paciente" se relacionó posteriormente con doctores de poca experiencia en psiquiatría y con las características de personalidad del terapeuta menos efectivo según el inventario de Strong, las escalas de preferencia de personal de Edwards y los reportes de los supervisores.

A psiquiatras más competentes mayor aceptabilidad para el tratamiento.

Para este cómputo se usó el (aplicado a los terapeutas).

CUESTIONARIO DE LA ENTREVISTA INICIAL

Para cada pregunta tache el número que considere la mejor respuesta. Las definiciones de los números siguen a cada pregunta.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- ¿Cuán efectiva fue la comunicación global de la entrevista? 1) insatisfactoria; 2) pobre; 3) satisfactoria; 4) buena; 5) excelente.
2. ¿Cómo fue la apariencia general del paciente? 1) insatisfactoria; 2) pobre; 3) satisfactoria; 4) buena; 5) excelente.
3. ¿Cuán efectivo es el contacto de este paciente con la realidad? 1) insatisfactorio; 2) pobre; 3) satisfactorio; 4) bueno; 5) excelente.
4. ¿Cuánta complacencia y aquiescencia mostró el paciente durante la entrevista? 1) muy poca; 2) algu-

- na; 3) moderada; 4) considerable; 5) marcada.
5. ¿Cuánta veracidad y franqueza mostró el paciente? 1) ninguna; 2) alguna; 3) moderada; 4) completa; 5) inusitada.
6. ¿Cuánta semejanza hay entre usted y el paciente en el *status* socioeconómico? 1) ninguna; 2) alguna; 3) moderada; 4) considerable; 5) extraordinaria.
7. ¿En qué grado sus sentimientos hacia el paciente se hicieron más positivos durante la entrevista? 1) no; 2) algo; 3) moderadamente; 4) considerablemente; 5) grandemente.
8. ¿Cuánta hostilidad mostró el paciente durante la entrevista? 1) ninguna; 2) poca; 3) moderada; 4) considerable; 5) enorme.
9. ¿Cuán cómodo estuvo el paciente en la entrevista? 1) nada; 2) algo; 3) moderadamente; 4) completamente; 5) inusitadamente.
10. ¿Cuánta fuerza yoica tiene el paciente? 1) muy poca; 2) alguna; 3) moderada; 4) considerable; 5) enorme.
11. ¿Cuán masculino es este hombre? (o) ¿cuán femenina es esta mujer? 1) nada; 2) algo; 3) promedio; 4) considerablemente; 5) marcadamente.
12. ¿Cuál es el pronóstico de este paciente sin tratamiento psiquiátrico? 1) muy pobre; 2) pobre; 3) medio; 4) bueno; 5) excelente.
13. ¿Cuán clara fue la discusión de sus problemas por parte del paciente? 1) insatisfactoria; 2) pobre; 3) justa; 4) buena; 5) excelente.
14. ¿Qué grado de semejanza hay entre usted y el paciente en sus experiencias de infancia y adolescencia? 1) ninguna; 2) alguna; 3) mode-

- rada; 4) considerable; 5) enorme.
15. ¿Cuánta motivación para el tratamiento tiene el paciente? 1) ninguna; 2) poca; 3) moderada; 4) considerable; 5) enorme.
16. ¿Cuán esquivo estuvo el paciente durante la entrevista? 1) nada; 2) algo; 3) moderadamente; 4) considerablemente; 5) mucho.
17. ¿Cuán incómodo estuvo usted durante la entrevista? 1) nada; 2) algo; 3) moderadamente; 4) bastante; 5) marcadamente.
18. ¿Cuán impulsivo es el paciente? 1) nada; 2) algo; 3) moderadamente; 4) considerablemente; 5) extremadamente.
19. ¿Cuánta dependencia mostró el paciente en la entrevista? 1) nada; 2) poca; 3) moderada; 4) considerable; 5) enorme.
20. ¿Qué grado de semejanza hay entre usted y el paciente en personalidad? 1) nada; 2) algo; 3) moderada; 4) considerable; 5) enorme.
21. ¿En qué extensión sus sentimientos hacia el paciente se hicieron más negativos durante la entrevista? 1) ninguna; 2) alguna; 3) moderada; 4) considerable; 5) enorme.
22. ¿Cuánta pasividad mostró el paciente en la entrevista? 1) nada; 2) algo; 3) moderada; 4) considerable; 5) enorme.
23. ¿Cuán hábil o capaz fue el paciente para entender sus comentarios y recomendaciones? 1) nada; 2) ligeramente; 3) moderadamente; 4) muy bien; 5) extremadamente.
24. ¿Cuánto *acting out* esperaría usted del paciente durante el tratamiento? 1) nada; 2) algo; 3) moderado; 4) considerable; 5) enorme.
25. ¿Con qué frecuencia se sintió us-

- ted tenso o ansioso durante la entrevista? 1) nunca; 2) rara vez; 3) ocasionalmente; 4) a menudo; 5) con mucha frecuencia.
26. ¿Cuán atractivo (guapo o hermoso) es este paciente? 1) nada atractivo; 2) algo atractivo; 3) promedio; 4) bastante atractivo; 5) inusitadamente atractivo.
27. ¿Cuán adecuado es este paciente para psicoterapia? 1) nada; 2) apenas; 3) moderadamente; 4) buena adecuación; 5) adecuación excelente.
28. ¿Qué efectividad mostró el paciente durante la entrevista? 1) plana; 2) blanda; 3) normal; 4) hiperresponsable; 5) explosiva.
29. ¿Qué piensa usted que sintió el paciente respecto de usted durante la entrevista? 1) disgusto definido; 2) desagrado ligero; 3) neutral; 4) ligero agrado; 5) agrado definido.
30. ¿Qué grado de semejanza hay entre sus problemas y los problemas del paciente? 1) ninguno; 2) algún; 3) moderado; 4) considerable; 5) enorme.
31. ¿Cuánta agresividad esperaría usted del paciente durante el tratamiento? 1) nada; 2) alguna; 3) promedio; 4) considerable; 5) enorme.
32. ¿Cuán relajado se sintió usted con este paciente? 1) nada; 2) ligeramente; 3) moderadamente; 4) por entero; 5) extremadamente.
33. ¿Cuánta seductividad mostró el paciente en la entrevista? 1) nada; 2) poca; 3) alguna; 4) considerable; 5) enorme.
34. ¿Cuál es el pronóstico de este paciente con el tratamiento de elección? 1) muy pobre; 2) pobre; 3) medio; 4) bueno; 5) excelente.



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.