



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EVALUACION DE UNA ENCUESTA QUE
PRETENDE MEDIR HISTERIA Y DEPRE-
SION, UTILIZANDO DOS GRUPOS DE
PACIENTES PSIQUIATRICOS PRE-
VIAMENTE DIAGNOSTICADOS"

149
PSI

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

JOSE FILIBERTO ENRIQUEZ BIELMA

MEXICO, D. F.

ENERO 1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

25053.08

UNAM.9

1981

ej. 2

N. - 34306

type. 698a

Dedico con mucho cariño y amor
a mi esposa Elvia Patricia Valdés
Pirck, y a mis hijos Dieter Ivan
y Christian Alexander que en mi -
vida han sido fuente de inspira---
ción y progreso.

A mi abuelo Filiberto Enriquez
Toscano (Q. E. P. D. +) que como
un padre me ayudó y alentó pa-
ra poder seguir adelante.

A mi madre Ana Luisa Bielma que
me dió la vida con mucho amor

A mis hermanos como recuerdo y
fruto de nuestra unión y esfuerzo
mutuo.

Rosendo Enriquez Bielma
Victor Manuel Enriquez Bielma
Luis Ignacio Enriquez Bielma
César Alberto Enriquez Bielma

A mis familiares:

Adelina Valdivieso vda. de Bielma
Epifania Bielma Valdivieso.
Ma. Luisa Bielma de Hernandez.
Félix Quezada Hernández.
Oscar Javier Quezada Bielma-
Rosa Luz Pirck de Valdés.
Rosa Luz Valdes Pirck.
Luis Enrique Valdés Pirck.
René Sergio Gutiérrez Valdéz
Elvia Yoloanda Pirck de Gutiérrez.
Ma. de la Luz Valdés Vda. de Pirck.

y demás Familiares.

Agradezco a mi suegra Rosa Luz Pirck
de Valdés por su gran ayuda e interés
que me brindó incondicionalmente

Agradezco al Sr. Eduardo Lecanda
Lujambio, el impulso y ayuda que
me brindó para poder concluir éste
trabajo

Igualmente agradezco a las personas que de algún modo contribuyeron al logro de ésta:

Dra. Milagro Trabanino Mata.
Dr. Luis Antonio Gamiochipi Carbajal.
Lic. Anne Marie Brugman García.
Lic. Carmen Linares Cuesta.
Lic. Diana Ostrovsky Vinograd.
Lic. Norma González Ehrlich.
Lic. Silvia Gpe. Fong Lau.
Lic. Velia Ortiz Salas.
Lic. Yolanda Guzmán Tello.

También a mis maestros y demás amigos.

INDICE

INTRODUCCION -----	1
CAPITULO I. ANTECEDENTES	
Depresión -----	4
Histeria -----	29
Revisión de investigaciones recientes -----	38
CAPITULO II. METODOLOGIA	
Planteamiento de hipotesis -----	46
Selección y características de la muestra -----	47
Instrumentos:	
a). Registro Clínico de la Histeria -----	50
b). Escala de automedición de la depresión -----	55
c). Encuesta -----	68
Tratamiento estadístico -----	73
CAPITULO III. RESULTADOS -----	74
CAPITULO IV.	
Comentarios y conclusiones -----	77
Limitaciones y Sugerencias -----	83
Bibliografía -----	87

✓

INTRODUCCION

La constante asistencia de pacientes a los servicios de Medicina General en las instituciones por padecimientos tales como: dolores de cabeza, insomnios, desgano, desinterés por la vida, cuyo origen en la mayoría de los casos se deben a padecimientos depresivos e histéricos; - plantea un gran problema para las instituciones ya que la continúa asistencia de estos pacientes implica gastos de tiempo por Médico-Paciente, gastos de medicamentos, además de un constante ir y venir de pacientes sin que éstos encuentren una completa recuperación de sus padecimientos; con ésto se hace necesaria la búsqueda de instrumentos de fácil aplicación que permitan a los médicos detectar la Histeria y/o Depresión en una forma segura y confiable para evitar pérdida de tiempo y costo por paciente, a las instituciones y lograr la adecuada canalización a los servicios especializados. Para poder realizar este tipo de trabajo fué necesario investigar algunos instrumentos o escalas clínicas ya existentes en nuestro medio (escala de automecisión de la depresión de Zung y el Registro Clínico de la Histeria) que han observado un gran índice de confiabilidad y validez para detectar padecimientos de tipo depresión e histeria y estas escalas, compararlas con un nuevo instrumento (encuesta) de fácil aplicación y calificación para la detección de la de

presión y la histeria al mismo tiempo y poder establecer a través de este estudio un nivel de confiabilidad y validez sobre este nuevo instrumento; pudiendo ser utilizado como una herramienta útil en los servicios de medicina general, siendo un sólo instrumento el que detecte la depresión e histeria sin necesidad de utilizar dos pruebas para este objetivo; y así canalizar a este tipo de pacientes a los servicios adecuados, lo que a la larga redundará en un mejor aprovechamiento para el paciente ya que será atendido por el Especialista y resultando con un menor costo y tiempo a la institución.

Siendo el objeto de esta investigación el de estudiar la encuesta utilizada en el programa de Psiquiatría comunitaria del ISSSTE y, así, poder sustentar su uso como instrumento diagnosticador de Histeria y/o Depresión, este trabajo incluye 4 capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Un primer capítulo de Antecedentes de donde se presenta la revisión bibliográfica de la histeria y la depresión comprendiendo la Conceptualización, Clasificación, Etiología, sintomatología, Evolución y Pronóstico del Padecimiento; además, se incluye en este capítulo una revisión retrospectiva de investigaciones nacionales y extranjeras sobre tópicos relacionados con el trabajo.

En el segundo capítulo se escribe la Metodología comprendiendo: El plan

teamiento de hipótesis, la descripción, las características, la forma de selección de la muestra, así como también la descripción de los instrumentos utilizados y el tipo de tratamiento estadístico que se les da a los datos.

El tercer capítulo contiene tablas de resultados obtenidos antes y después del tratamiento estadísticos.

En el cuarto y último capítulo se comentan los Items de la encuesta en base a los resultados de la muestra utilizada. Calificándose el trabajo como un estudio exploratorio que permite formular conclusiones tentativas.

También se plantean en este capítulo las limitaciones que presenta el trabajo y las sugerencias para próximas investigaciones.

CAP. 1 ANTECEDENTES

DEPRESIÓN

La depresión ha sido objeto de estudio por varios autores, quienes la conceptualizan de diferentes maneras, a continuación mencionamos algunas de estas conceptualizaciones.

LISE MOOR 1969.

Estado caracterizado por una baja del tono psicológico con desaliento, falta de viveza, gusto e interés, tristeza y estado de conciencia penosa que se acompaña de fatigabilidad, insomnio y anorexia.

PIERRE LOO 1971.

La depresión es una baja del tono psíquico que repercute sobre el humor, el comportamiento y la apreciación del propio yo.

Simple estado de fatiga, de preocupación o de decepción; la depresión puede ser morosidad, derrotismo, tristeza, pesimismo, desesperación disminución de la actividad, de la iniciativa, la mimia, aptitud y en fin sentimiento de subestimación, de desvalorización tal vez de culpabilidad.

FREEDMAN-KAPLAN 1975.

Es un trastorno del estado anímico caracterizado por una disminución de energía, una reducción de la autoestima, autodeprecación, trastornos del apetito y del sueño, y una variedad de otros síntomas. Estos síntomas comprenden con mucha frecuencia grandes necesidades de dependencia, sentimientos de culpa o de insuficiencia, fatiga, disminución del interés, dificultad en la concentración y una variedad de afecciones psicossomáticas.

Estado patológico caracterizado por alteración en el estado de ánimo, tales como tristeza y soledad, por disminución de la autoestima asociada a la autodeprecación, por inhibición (a veces agitación) psicomotriz, por aislamiento de los contactos interpersonales y a veces por un deseo de morir y por síntomas vegetativos como insomnio y anorexia.

VIDAL-BLEICHMAR-USANDIVARAS 1977.

Es un estado general del organismo caracterizado por la presencia de por lo menos uno de los cambios de cada una de las tres siguientes parcelas abstractivas:

- a) Psicomotilidad, disminución o inhibición de la iniciativa, de la espontaneidad y de la reactividad psicomotora.
- b) La esfera efectivo-vital, predominio relativo de los afectos penosos o negativos, incapacidad para amar, sentimiento de malestar, pérdida del sentimiento de bienestar y de salud.
- c) La esfera de los impulsos, disminución, inhibición o pérdida de la expresión y reactividad de una o de todas las tendencias institivas o modificaciones cualitativas distorsionadas de las mismas.

COLEMAN 1977.

Es un estado emocional de melancolía, meditación melancólica sentimiento de no valía, con frecuencia acompañada por culpa y aprensión.

ORTIZ-ENRIQUEZ 1980.

La depresión es un trastorno del estado afectivo que se caracteriza por una baja apreciación del yo como son la baja autoestima y deprecación; rigidez facial, apariencia desgarbada y poca fuerza muscular; existiendo en ocasiones sentimiento de soledad, de decepción, de preocupación, de culpa, con deseos de morir, pre

sentando pérdida de la expresión, del humor, de interés de energía, de gusto, de iniciativa, de aptitud, de viveza y poco colorido en el lenguaje, con falta de bienestar y salud, manifestando - en ocasiones alteraciones perceptuales en el juicio crítico, negación y distorsión de varias facetas de la realidad; padecimientos de tipo psicopsomático, insomnio, anorexia, ansiedad, fatiga, falta de concentración, en ocasiones agitación psicomotriz, dificultad para tomar decisiones, con marcada incapacidad para amar y gran necesidad de dependencia.

CLASIFICACION

En la actualidad se piensa en la continuidad de las depresiones - y por ello se utiliza con mayor sentido crítico cualquier clasificación (Poveda) cuyo valor relativo es evidente hace tiempo (Cameron). Es evidente que todos los autores consideran aproximadamente los mismos tipos de depresión, pero las agrupan de diferente manera, según determinado criterio predominante (Marte Blanco), que puede ser etiológico, descriptivo, o evolutivo, - se debe pues, considerar toda clasificación como un esfuerzo ordenador siempre susceptible de ser criticado.

A continuación enunciaremos algunos intentos de clasificación:

I. Según los factores etiopatogénicos (Nuñez Saavedra) se tienen:

- a) constitucionales
- b) sintomáticas
- c) psicógena

II. Otro criterio etiológico (Kielholz)

- a) somatógenas
- b) endógenas
- c) psicógenas

III. Según el criterio fenomenológico (Delgado)

- a) melancólicas
- b) reactivas
- c) distímicas endoreactivas

IV. Según Tellez las depresiones podrían ser:

a) Endógenas: Psicosis maníaco depresivas

Distimias endógenas

De las personalidades psicopáticas, epileptoides, esquizotímicas, sensitivas, histéricas.

Neuróticas.

- b) Orgánicas (artereosclerosis, tumor cerebral, etc.)
- c) Reactivas
- d) Por agotamiento

V. Algunos autores también la han clasificado dependiendo del mayor o menor grado de relación con la realidad -- en:

- a) Psiconeurótico
- b) Psicótica

VI. En la actualidad enunciaremos los tipos de depresión -- más conocidos:

- Depresión anaclítica
- Depresión neurótica
- Depresión reactiva
- Depresión psicótica
- Depresión psicósomática
- Depresión existencial
- Depresión simple
- Depresión involutiva

DEPRESION ANACLITICA:

ETIOLOGIA.

Se presenta en niños en el primer año de vida que por una u otra razón han sido separados de la figura materna y el sustituto de ésta es inadecuado o no existe; de esto se desprende que el infante es privado del cuidado y el suministro emocional materno.

SINTOMATOLOGIA

En el primer mes los niños se vuelven llorones, exigentes, ape-- gados al observador en el segundo mes el lloriqueo muchas veces se cambia en gemidos, se inicia la pérdida de peso y hay una de-- tección en el índice de desarrollo.

En el tercer mes los niños se niegan al contacto, yacen postra-- dos en su camita la mayor parte del tiempo. Se inicia el insom-- nio, prosigue la pérdida de peso, hay tendencia a contraer enfer-- medades intercurrentes, el retraso motor se generaliza, se ini-- cia la rigidez facial.

Después del tercer mes la rigidez facial queda firmemente esta-- blecida, el retraso motor se acrecienta y es remplazado por el -- retardo.

EVOLUCION

Se eleva el índice de desarrollo cuando la separación de la Madre dura tres meses y ya no se logra mejoría alguna si la separación dura más de cinco meses.

PRONOSTICO

Si el cuadro no se modifica, es decir, proporcionándole un objeto amoroso adecuado se llega a la muerte.

DEPRESION NEUROTICA:ETIOLOGIA

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de energía, una reducción del autoestima, auto-deprecación (súplica, ruego), trastornos del apetito y del sueño; estos síntomas comprenden grandes necesidades de dependencia, sentimiento de culpa o insuficiencia, fatiga, disminución del interés, dificultad en la concentración. Según el DSM II el trastorno se debe a un conflicto interno. El neurótico depresivo sufre sólo una alteración limitada del contacto con la realidad y del funcionamiento interpersonal. Puede aparecer por un fracaso en vivir de acuerdo con las propias metas personales o vocacionales.

SINTOMATOLOGIA

El paciente se queja de un trastorno doloroso del estado de ánimo. Describiéndolo con palabras tales como "melancólico", "triste", "desgraciado", "desesperado", y "deprimido". Con frecuencia describe una disminución o pérdida de interés en sus actividades habituales y puede quejarse de dificultad de concentración. Se siente falto de apoyo emocional, vacío y sólo, culpable y sin valor o inferior e insuficiente. Generalmente se es autocrítico y autoderogatorio. Se producen alteraciones perceptuales en el juicio crítico del paciente de sí mismo y de los demás. Invariablemente hay negación y distorsión de varias fases de la realidad. Los pensamientos suicidas casi siempre están presentes. Hay -- que distinguir entre sentimiento de que la vida no vale la pena vivir, ideas específicas de suicidio y frecuentes proyectos suicidas.

Generalmente hay falta de vivacidad y colorido en su lenguaje y -- modales, fatiga, pero tiene dificultades para conciliar el sueño, una vez dormido sueña intermitentemente, Algunos parecen huir en el sueño de sus preocupaciones y angustias, su apetito puede

estar disminuído sin embargo casi todos los pacientes deprimidos experimentan una intensificación de sus deseos orales.

EVOLUCION.

Generalmente se origina en la infancia cuando existe una aceptación y afecto insuficiente por parte de los padres, excesiva-- desvalorización paterna, excesivas frustraciones experimentadas prematuramente y una sensación de ineficiencia en las primeras actividades sociales y educativas de la persona, durante la infancia y después de ella, la autoestima puede afectarse por experiencias como la enfermedad, desfiguración, poca atractivi-- dad personal y realizaciones pobres en las actividades sociales, educativas o vocacionales. En la edad adulta la autoestima puede disminuir y precipitar la depresión porque la persona se -- siente solo y poco querida, que no vale nada o es mala, que no tiene éxito o es insuficiente.

PRONOSTICO

En general remite espontáneamente sin tratamiento, puede prolongarse, el paciente permanece susceptible a otro episodio de depresión. Con la medicación la depresión desaparece por pe--

riodos. El suicidio no es tan frecuente pero se debe vigilar las ideas suicidas.

DEPRESION REACTIVA.

ETIOLOGIA.

Llamada así por las diferentes reacciones del sujeto al enfrentarse a un estado de pérdida, acontecimiento doloroso o alguna situación penosa vital. Por ello se le considera "normal". Hay quienes no encuentran diferencia entre la depresión neurótica y la reactiva.

Para poder considerar a la depresión como reactiva debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Debe aparecer una estrecha relación con el trauma psicológico, para que sea comprensible.
2. Que el acontecimiento del temor doloroso (temor, vergüenza, desesperación, arrepentimiento, remordimiento y nostalgia) permanezca en relación con el acontecimiento que originó el estado depresivo.

Las causas más conocidas son:

- a) Pérdida de un ser querido, b) fracaso de relaciones interpersonales, c) dificultades en el orden profesional, d) derrumbe de una idea colectiva (religioso, social o política) e) situaciones de extrañamiento o soledad (nostalgia de los exiliados, provincianos que llegan a la capital). Existen causas comunes al sexo en donde destacan para los hombres; problemas financieros, problemas profesionales, crisis sentimentales; para las mujeres; crisis sentimentales y conyugales, soledad.

SINTOMATOLOGIA

Puede variar en función de las causas externas más siempre encontramos: cierto grado de ansiedad y excitación, apariencia desgarrada y poca fuerza muscular. El tono de voz bajo y agitado en ocasiones. La actividad intelectual se encuentra disminuida con dificultades para tomar decisiones y distrabilidad. Su estado de ánimo es triste aunque puede mejorar un poco en presencia de amigos, para empeorar por la noche. Hay disminución en la autoestima y sentimiento de minusvalía, pérdida de interés tanto en el medio ambiente como en el cuidado de su persona, sueño intranquilo y con insomnio inicial.

EVOLUCION.

Depende de las modificaciones del medio ambiente. En ocasiones las recaídas se deben a "aniversarios" ya sea de bodas, de defunciones, de eventos significativos en la vida del sujeto; o sea que el sujeto se muestra, en la fecha cercana al aniversario del desenlace nuevamente triste y deprimido aunque en la forma menor que la inicial. Es en el 10 a 20 % de estos casos la evolución es lenta llegándose a prolongar por meses o años, principalmente por luto.

PRONOSTICO.

En general es favorable. Alguien dijo que "el tiempo lo cura todo" y creemos que en estos casos podemos comprobarlo perfectamente. En cuanto el choque emocional se vaya alejando en tiempo, el sujeto tenderá a reestructurarse buscando otro método de vida y superándolo de una manera notable.

DEPRESION PSICOTICA.ETIOLOGIA.

Se desconoce la existencia de un factor genético. Sin embargo, algunos estados físicos puede hacer a las personas más vulne-

rables al stress psicológico. La asociación Psiquiátrica Americana dice que la única característica de la reacción psicótica de depresiva es el hecho de que es atribuible a algunas experiencias. Pérdida como la muerte del cónyuge puede precipitar la depresión, así como la pérdida del amor, bienes, un descenso labo--ral u otras pérdidas dentro del estatus social.

SINTOMATOLOGIA

Clinicamente se caracteriza por tristeza, poca energía, incapacidad para disfrutar la vida, poco deseo de participar en actividades, pérdida de interés o entusiasmo y aspecto triste, retar--damiento, reaccionando y desplazándose lentamente, trastornos en el sueño como un despertar precoz matutino. La definición --de reacción psicótica depresiva requiere que halla una importante interpretación equivocada de la realidad y posiblemente ---- ideas delirantes y alucinantes. Sin embargo esto no diferencia -la depresión de la enfermedad maníaco depresiva o de melancolía involutiva. Es decir la reacción psicótica depresiva tiene --sintomatología clínica única.

EVOLUCION.

Si un acontecimiento precipitante precede al inicio de la depresión en un período de sólo una semana es fácil pensar en una relación causal. Si se prolonga el intervalo la relación causa efecto se hace más difícil de correlacionar. Dichos acontecimientos deben tomarse en cuenta como causales siempre y cuando se haya presentado dos semanas antes. Un caso de comienzo rápido se califica de manera justificada de psicótica.

PRONOSTICO.

Depende del manejo que se haga tanto en el período crítico como en el seguimiento del caso. Algunos pacientes pueden recaer después de algunas semanas siendo necesario reiniciar tratamiento específico.

DEPRESION PSICOSOMATICA.SINTOMATOLOGIA

El aspecto depresivo al igual que la angustia se manifiesta por un conjunto de trastornos somáticos: cefaleas, zumbido en los oídos, dificultades respiratorias, cardialgias, dolores vertebrales, vértigos, cenestesias abdominales, náuseas, vómito,

constipación, trastornos vesiculares y de apetito, llegando incluso a la anorexia, falta de potencia de la libido y de sueño, fatiga y adelgazamiento. Los síntomas hipocondríacos enmascararán con frecuencia una depresión subyacente.

ETIOLOGIA.

La depresión vá ligada a una pérdida material o afectiva, a una decepción en relación a otros o a sí mismo (pérdida de la imagen personal). Se presenta en momento de cambio como paso de una etapa a otra que provocan la pérdida del equilibrio anterior y exigen una nueva adaptación, también al comienzo de la escolaridad, en la adolescencia, en el inicio del matrimonio, del nacimiento del primer hijo, en la edad mediana, y en el momento de la jubilación, frecuentemente se ve la relación existente entre estos cambios y el desencadenamiento de enfermedades psicosomáticas como: asma, colitis ulcerosa, obesidad, artritis reumática, enfermedad Raynpud, diabetes e incluso, según algunos autores, cáncer, leucemia, linfoma y hepatitis. En estos casos la enfermedad sustituye a la depresión.

EVOLUCION.

Se tiene que ser bastante zagaz para poder detectar y extraer de -
somático lo psicológico, es decir, saber diferenciar la depresión
o de lo contrario, el paciente puede sentirse irremisiblemente --
perdido, aislándose poco a poco, abandonando sus intereses, re-
nuncia a expectativas futuras y así el paciente rumiar el suicidio.
Si logramos detectar esta tendencia deberán ser hospitalizados y
tratados como un paciente psiquiátrico.

PRONOSTICO

Dependerá de la intervención oportuna del médico, de los familia-
res y del equipo paramédico para aumentar la autoestima, darle
confianza y en esa forma mejorar las expectativas futuras, de -
esta manera se le ayuda a salir de la crisis y a medida que ésto
avanza la idea suicidio se aleja.

DEPRESION EXISTENCIALETIOLOGIA.

La depresión vital se caracteriza y se manifiesta por la apari--
ción de la tristeza vital, considerando a ésta como manifesta--
ción morbosa timopática, de allí que la tristeza vital pueda ser
experimentada muy atenuada y pasajeraamente también por el --

considerado hombre normal. Si esto es así ¿qué diferencia existe entre la tristeza que tiene el hombre que sufre de una depresión vital y la que puede tener un hombre cualquiera sin traspasar los límites de la normalidad?.

Quizá la diferencia sea sólo cualitativa, es decir la tristeza del depresivo vital es más acentuada que la del sujeto normal.

No obstante la tristeza del depresivo vital está corporalizada, somatotropizada y, desde luego inmotivado, ya que surge endógenamente. Sin embargo la tristeza en el hombre normal no se manifiesta en el plano de su corporalidad, no aparece "corporalizado" de allí que el Psiquiatra o Psicólogo no sean capaces de "comprender" la tristeza vital que autodescribe el hombre que padece una depresión vital, ya que éste experimenta su tristeza, como según la expresión de López - Ibor "Una tristeza que fluye de los poros del cuerpo, como una secreción". En esta cuestión reside, precisamente, el carácter verdaderamente morboso de la tristeza vital del depresivo endógeno y sólo gracias -- a esto se diferencia de las oscilaciones de estado de ánimo, en el sentido de la tristeza. Así se distingue la tristeza -----

normal reactiva y adecuada a un acontecimiento de la vida.

SINTOMATOLOGIA

En ocasiones esta tristeza vital es enmascarada por síntomas corporales como: cefaleas, trastornos digestivos, insomnio, — astenia, sensación de agotamiento corporal y psíquico, etc.

Más solamente captando de un modo o de otro, fenomenológicamente la tristeza de naturaleza vital, podemos hablar de depresión vital o endógena, no importa que dicha tristeza sea o no — más intensa que la tristeza normal. Lo fundamental reside en que sea una tristeza motivada, "corporalizada".

Como Vivenza Mendoza dice: el observador no puede "comprender" la calidad del contenido diferente de la tristeza reactiva — normal ante una motivación dolorosa.

Contrariamente a lo que normalmente se piensa en el depresivo vital se encuentra hiperactivada la angustia vital y se en---cuentra disminuida los sentimientos anímicos, de allí que él — que sufre una depresión vital no experimente alegría, tristeza, etc. Ante un acontecimiento que por su contenido para él, de---ba provocarla, precisamente por esa incapacidad afectiva para reaccionar sentimentalmente a cuanto estímulo en la aparición de los sentimiento o emociones,

Otro de los síntomas típicos son la inhibición motora y del pensamiento así como la totalidad de las funciones somáticas, es decir el enfermo se vivencia como "frenado", como "suspendido", --- "lentificado", en sus movimientos y en su pensamiento. Se encuentra como "perezoso" para desplazarse de un lado a otro cuando lo realiza le "cuesta trabajo". Asimismo sus ideas y sus pensamientos carecen de fluidez, consecuentemente su capacidad de -- rendimiento intelectual se observa disminuído lo que contribuye a aumentar la tristeza por la crítica situación vital en la que se encuentra. La inhibición conlleva a la alteración de las vivencias -- del tiempo: el presente se eterniza, el futuro aparece cerrado, y el pasado gravita irresistiblemente sobre él. A esta alteración de tiempo, Unamuno la llamó "Eternización de la momentaneidad".

EVOLUCION.

En el momento actual de las investigaciones modernas parece -- ser que la depresión vital es una forma de ser del hombre ----- que la padece, una constitución y una herencia timopática, sin -- una predisposición genética para que esto se manifieste clínica-- mente, lo que lleva a pensar que pueda ser generado por la ac-- ción de factores angustiosos, penosos y deprimentes que actúan -

intensa, reiterada o prolongadamente, llegando a producirse una labilidad o minusvalía.

En el dinamismo de los sentimientos vitales al actuar por repetidas sobrecargas o impacto sobre las estructuras somatobiológicas de la vitalidad, esto hace que se descompense el estrato de la vitalidad y emerjan morbosamente los síntomas que caracterizan el síndrome de la depresión vital.

PRONOSTICO.

Como en la mayoría de los casos de depresión descrita anteriormente, si el paciente no es atendido oportunamente y con todos los recursos con que se cuentan en la actualidad se corre el riesgo de suicidio.

DEPRESION SIMPLE.

ETIOLOGIA.

Se caracteriza por la ausencia de ansiedad y por las actividades motoras disminuídas; la respuesta a los estímulos se retardan y la postura del paciente es expresiva de la emoción subyacentes de desesperación y futilidad.

Las alteraciones motoras histéricas pueden afectar cualquier grupo de músculos voluntarios para desviar descargas sexuales y agresivas o para evitar situaciones de peligro físico.

SINTOMATOLOGIA

Estos enfermos se acusan de astenia, desinterés en el medio ambiente y en su aliño personal, fatigabilidad, miedo al esfuerzo, falta de iniciativa, tendencia a la inercia, puede presentarse como astenia, postura anormal o trastorno de las maneras de andar. La astasia-abasia es la incapacidad de andar o mantenerse en pie.

EVOLUCION.

La duración es variable según las circunstancias y las modalidades del tratamiento.

PRONOSTICO.

La vigilancia debe ser constante y reforzarse en los períodos de tranquilidad aparente, cuando el suicidio, única salida aparece como única esperanza.

DEPRESION INVOLUTIVA.ETIOLOGIA

En la revisión no se encontró este tipo de depresión; encontrándose sólo que Frumkin refiere que las estadísticas demuestran que se encuentra una incidencia más elevada en personas de procedencia baja y grupo de poco prestigio, que entre profesionales y, una incidencia mayor en viudos y divorciados. Así como que es más frecuente en la población urbana que en la rural.

(Kielholr) encontró una incidencia más elevada en las mujeres -- que en los hombres en proporción de 3 a 1. Predomina una mujer entre 51 y 60 años y en hombres entre 61 y 65 años. Finalmente los estudios biológicos realizados hasta la fecha no presentan datos positivos que intervengan en la aparición de la depresión involutiva.

SINTOMATOLOGIA.

Se caracteriza por preocupación, ansiedad, agitación e insomnio grave, sentimiento de culpa y preocupaciones somáticas que pueden adquirir proporciones delirantes, fácil fatigabilidad física y mental y la disminución de los impulsos biológicos, produ-

cen pérdida del deseo sexual y del hambre, cefáleas tensionales constante, preocupaciones por causas triviales, incapacidad de tomar decisiones, de manera progresiva pasa de una expansión de temor a la desesperación, de la tristeza al llanto, la inquietud se convierte en una agitación motora externa. La autoacusación y la autocondenación van en aumento hasta el punto de desear una reparación mediante la muerte.

La obsesión del suicidio es frecuente, el sensorio está claro pero hay una falta de atención, dificultad en la concentración y pobreza de ideación.

Existe disminución del pensamiento abstracto y falta de autocriterio.

EVOLUCION

La mayoría de las remisiones se producen del segundo al -- sexto año después del comienzo de las enfermedades, la introducción del tratamiento electroconvulsivo y de los fármacos antidepresivos han modificado completamente el pronóstico.

Varios autores hablan de un porcentaje de recuperación de has ta el 80 % , con una mejoría que se mantuvo durante 3 años. - De esta forma la mayor parte de los pacientes se recuperan en me

nos de dos meses.

PRONOSTICO.

Pronóstico favorables, se desprende de lo dicho en el párrafo anterior.

ANTECEDENTES

Es un padecimiento en el cual el sujeto pierde la mayor parte de su capacidad por la fuerte inhibición que experimenta para el desarrollo de su potencial (3)

En cualquier padecimiento en su inicio o en su terminación el paciente experimenta sintomatología depresiva (22)

El suicidio es un desenlace frecuente en sujetos deprimidos no tratados o deficientemente tratados (23)

Todos los signos y síntomas que preceden a los actos suicidas — del síndrome pre-suicida, descrito por el Dr. Rangel; se basan en síntomas y signos que componen la depresión. Cualquier persona con trastornos emocionales cuya clasificación se encuentre en el manual para diagnóstico y estadística (DSM) puede realizar actos suicidas si a sus trastornos básicos se agrega una depresión (24).

HISTERIA

Existen diversos criterios para conceptualizar la histeria, algunos autores la conceptualizan de la siguiente manera:

PIERRE LOO. - La histeria es una ordenación de la emoción, engullida en la conversión o liberada en una especie de descarga expansiva, lírica del subconsciente.

LISE MOOR. - La histeria se caracteriza por un conjunto de manifestaciones psicoseudopatológicas, preferentemente seudosomáticas, creadas intencionalmente por el enfermo, con una parte de sinceridad a favor de una disposición psicofísica generalmente habitual y a veces pasajera; la psicoplasticidad.

FRAZIER Y CARR. - Alteración neurótica en la cual la ansiedad se convierte en síntomas físicos a través del mecanismo de conversión.

LA PLANCHE Y PONTALIS. - Clase de neurosis que ofrece cuadro clínico muy variado. Las dos formas sintomáticas mejor aisladas son: la histeria de -

conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los diversos síntomas corporales, paraxísticos (crisis emocional con teatralidad) o duradera (ejem: anestias, parálisis histéricas, sensación de bolo faringeo, etc.), y la histeria de angustia; lo que en la actualidad se conoce como Neurosis de angustia en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobia).

CLASIFICACION:

La organización Mundial de la Salud incluye la histeria dentro del grupo de la neurosis subdividiéndolas en dos tipos de histerias.

HISTERIA DE CONVERSION:

Se caracteriza por una pérdida o trastorno involuntario del funcionamiento fisiológico; los síntomas empiezan y terminan bruscamente, de manera característica, en estado de gran carga emocional, y son simbólicas de conflicto sexual que el paciente desconoce.

HISTERIA DISOCIATIVA.

Un estado de experiencia o de conducta en el que la disociación produce una alteración aparente en los pensamientos, sentimientos o acciones de una persona, de modo que durante cierto período de tiempo la información no es asociada o integrada con otra información como normalmente o lógicamente se efectuaría.

PERSONALIDAD HISTERICA.

La característica principal se centra en la inestabilidad, la versatilidad de los sentimientos y del humor, signo de movilidad y de contraste.

RASGOS CLINICOS.

LA INCONCIENCIA DE LA PERSONALIDAD (JANET). Se expresa por el comportamiento, en los intercambios humanos, en el modo de contacto con alteraciones de acercamiento y retiro. La confianza es espontánea, la adhesión entusiasta, de improviso viene la reticencia, el alejamiento, la hostilidad, la violencia de sentimientos opuestos.

COQUETERIO. - Necesidad de agradar, arranques pasionales: Amores llenos de narcisismos que conducen a fracasos que son rápidamente transformados en rencor.

LA VIDA CONYUGAL. - Es con frecuencia muy accidentada: alejamiento, reconciliaciones, chantajes, - frigidéz.

EL HISTRIONISMO. - Dá un aspecto teatral e incluso dramático a los acontecimientos, sobre todo si - despiertan oscuros afectos narcisistas.

MITOMANIA. - Es también un rasgo clínico clásico. Fabulación y Vedetismo, a veces mitomanía perversa agravada por la tendencia a la erotización de las relaciones sociales: acusaciones (contra médicos especialmente) de tentativa de violación y de seducción al más - trivial contacto; pero al menos la mala fé del histérico se ve en la complacencia en - admitir sus fantasías, en vivirlas y en imitar lo que imagina.

SINTOMATOLOGIA. - Los síntomas histéricos son de tres tipos:

1. - NEUROLOGICOS:

TRASTORNOS MOTORES (convulsiones, temblores, parálisis, contracturas, afonía)

SENSITIVOS (anestiasias, dolores)

SENSORIALES (alucinaciones visuales, - reducción del campo visual, escotoma, - ceguera)

2. - NEUROVEGETATIVO:

(vómito, espasmos, cefalagia, anorexia)

3. - PSIQUICOS:

(amnesia electiva, sonambulismo, fugas, estados crepusculares, estados de trance estados de éxtasis)

PRONOSTICO.

Algunos estudios (28) , indican que aunque en el 50 % de pacientes desaparecen los síntomas al final del primer año transcurri-

do desde que se observa por primera vez, -
el 30 % presentan síntomas al cabo de los 5
años, y el 20 % los mantienen durante 15 --
años o más, se desconoce la frecuencia --
exacta de recibidas, pero la experiencia --
clínica indica que los síntomas tienden a --
aparecer y desaparecer en respuesta a los
stress ambientales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

EPILEPSIA: El ataque epiléptico se presenta en cualquier momento (siempre y cuando no se esté bajo control medicamentoso) ya sea a solas o en público e incluso en la calle independientemente del estado emocional de la persona; existe pérdida de la conciencia, así como amnesia para el evento y mordeduras de lengua en crisis. Al igual que los movimientos tónico y clónico lesionándose físicamente durante el ataque.

ESQUIZOFRENIA: Las alucinaciones en la esquizofrenia son auditivas y con frecuencia vagas en contenido y forma; se presentan trastornos del pensamiento y la afectividad.

HISTERIA: Por lo general la crisis ocurre en un ambiente emocional, en público, rara vez se lesiona en la caída sin pérdida profunda de la conciencia; nunca hay mordedura de lengua en crisis.

HISTERIA: La alucinación del histérico son habitualmente visuales con representación de escenas complejas y elaboradas que se repiten de manera estereotipada. No se presentan trastornos del pensamiento y la afectividad.

ANTECEDENTES:

Muchas mujeres con antecedentes penales presentan una mezcla de sociopatía e histeria. (17)

La histeria y los síntomas de conversión son comunes entre la gente menos sofisticada, más primitiva la educación a nivel superior (uno o más años de estudio preuniversitario) (18).

Muchos histéricos dan una historia de -- conducta delincuente o antisocial al co-- mienzo de su vida de adolescentes (19).

La histeria es un estilo interpersonal relativamente específico que resulta de la - cultura, y de las influencias sociales o in terpersonales (20).

La histeria está constituida de una serie - de manifestaciones físicas psíquicas, de- bidas en gran parte a factores constitucio- nales y culturales, que obligan a la perso-

na a actuar de manera desusada o poco aceptable por el medio que lo rodea, caracterizándose su tendencia a manipular el medio ambiente, mediante varios síntomas (19)

Tomando en cuenta que todo el comportamiento humano se vale y necesita contingencias para poder ser mantenida, se debe dar por hecho que nuestra cultura tiene fuertes componentes histéricos; pudiéndose establecer la siguiente relación:

Las mujeres jóvenes (poca edad) con un nivel educacional bajo serán personas que utilizan los síntomas histéricos para controlar el medio en donde se desenvuelve (3)

La necesidad que para un individuo tiene su individualización tendrá siempre que ver con las necesidades que rodean al sujeto y las necesidades del grupo donde se desenvuelve (21).

REVISION DE INVESTIGACIONES RECIENTES

WOODRUF ROBERT D. JR. 1968 (1)

Trató de validar el registro clínico de la histeria con 50 - mujeres incapacitadas médicamente; con entrevista, para ver si llenaban el criterio de Perley y Guze; encontrando que el registro clínico de la histeria es válido para discriminar enfermos médicamente crónicos y pacientes histéricos.

KIMBLE Ray, Williams James; Agras Stewart; 1975 (2)

Tratan de comparar el síndrome de la histeria como res-- puesta al registro clínico de la histeria y el manual del -- DSM II, tomando a 20 mujeres como grupo control y 10 -- mujeres diagnosticadas como histéricas a través del DSM II, encontrando correlación significativa entre las puntu-- ciones de las listas de síntomas del registro clínico de la - histeria y el diagnóstico del DSM II.

AGUILERA GOMEZ Angelina 1977 (3)

Realizó un estudio clínico y sociocultural de la histeria y - la depresión con 40 sujetos femeninos de los cuales 20 esta

ban diagnosticados médicamente como histéricos y los otros 20 con depresión médicamente; utilizando para tal objetivo - la prueba médica del MMPI; la escala de automedición de de presión de Zung, y el registro clínico de la histeria. Encontrando que los depresivos y los histéricos presentan el mismo perfil en la prueba del MMPI existiendo diferencias en - cuanto a la edad y la escolaridad: sujetos con menos escolaridad y menos edad-histéricos; sujetos con más escolaridad y más edad-depresivos.

ORTIZ SALAS Velia 1977 (4)

Estudió los aspectos psico-socio-culturales de la histeria en México con 105 pacientes femeninos hospitalizados de los cuales 30 tenían en el diagnóstico de histeria y 75 tenían otro tipo de diagnóstico psiquiátrico; utilizando como instrumento - una lista de premisas socio culturales; encontrando que la - histeria es sólo un mecanismo para ocultar la depresión; es - decir la histeria tiene como fondo la depresión y cuando la histeria no funciona como mecanismo de defensa del sujeto va a - presentar la depresión.

ZUNG WILLIAMS 1972 (5)

Trató de validar la escala de automedición de la depresión

de Zung a través de la comparación con el DSM I, aplicándolo a 225 pacientes psiquiátricos, tomando en cuenta la entrevista clínica como medida objetiva para medir la depresión de acuerdo con la clasificación del DSM I; aplicando paralelamente la escala de automedición de la depresión; los resultados demostraron que la escala de automedición de la depresión es capaz de distinguir a los sujetos depresivos y no depresivos.

GIBSON, Stephen; BECKER, Joseph 1973 (6)

Trató de conocer los factores estructurales de las respuestas de los alcohólicos; tomando como muestra a 118 alcohólicos-hombre con datos de depresión primaria; para este estudio utilizó el inventario de la depresión de BECK, la escala de automedición de la depresión de ZUNG y 23 preguntas adicionales, encontrando que sólo 2 ó 3 de los siguientes factores son encontrados dentro de la muestra (minusvalía, depresión vital, pesimismo, suicidio)

LOPEZ Valentin C.; CHAMORRO Tomás 1974 (7)

Estudiaron el grado de depresión que manifiestan los sujetos cuando cambian de una cultura a otra (desajuste social) to--

mando como muestra a 250 sujetos normales, 46 hospitalizados con diagnóstico de depresión y 156 españoles que habían emigrado a Munich, Alemania a través de la escala de automedición de la depresión de Zung. La escala de ZUNG reportó significativamente a aquellos pacientes diagnosticados como depresivos; pero no reportó diferencias entre los sujetos normales y los emigrantes que se expusieron al desajuste social.

DAVIES, BRIAN; BURROWS, GRAHAM; POYTON, CAROL
1975 (8)

Realizaron un estudio comparativo de cuatro escalas para la medición de la depresión y una escala que medía ansiedad, con una muestra de 72 pacientes deprimidos. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron; la escala de la depresión de Hamilton, el inventario de la depresión de Beck, la escala de la depresión de Zung, la escala visual de Aitken para la depresión y la ansiedad, la escala de ansiedad manifiesta de Taylor. Los resultados mostraron una correlación altamente significativa en todas las escalas de la depresión aplicadas.

CONDE LOPEZ, Valentín; DE ESTEBAN CHAMORRO, Tomás
1975 (9)

Realizaron una investigación con el fin de validar la escala de la depresión de Zung; con una muestra de 61 pacientes psiquiátricos (25 depresivos de origen somático, 21 depresivos de -- origen psicógeno y 15 alcohólicos crónicos) y otro de 223 personas normales; utilizando la escala de Zung como instrumento, encontrando que la correlación para la muestra patógena -- fué de .72 y para la muestra normal fué de .76

CONDE LOPEZ, Valentín; DE ESTEBAN CHAMORRO Tomás -
1975 (10)

Realizaron un estudio para establecer el nivel de confiabilidad de la escala de depresión de Zung, con una muestra de 250 sujetos normales y 46 pacientes depresivos hospitalizados a través de la escala de Zung. Concluyeron que existían diferencias cuantitativas en cada muestra estimando la confiabilidad en .80

HEIDELL, Elizabeth D.; KIDD, Aline 1975 (11)

Hicieron un estudio para comparar las relaciones cercanas en tre la depresión reversible y el síndrome senil irreversible --

con una muestra de 120 sujetos de ambos sexos de 60 años o más de los cuales 30 de cada sexo fueron clasificados de moderadamente seniles y el resto como no seniles a través de la escala de depresión de Zung, encontrando que las puntuaciones más altas fueron para los que tenían una moderada senilidad no encontrando diferencias en cuanto al sexo.

EQUI, Peter J.; JABARA, Raymond F. 1976 (12)

Realizaron un estudio con el fin de establecer la validez de la escala de la depresión de Zung, para la detección de la depresión en sujetos alcohólicos; con una muestra de 58 pacientes alcohólicos crónicos utilizando como instrumentos la prueba del MMPI y la escala de la depresión de Zung. Los resultados reportan una correlación entre la escala de Zung y la prueba del MMPI de 0.71 sustentando ésta última a la escala de Zung como un instrumento capaz de detectar depresión en pacientes alcohólicos.

JEGEDE, R. Olukayods 1976 (13)

Realizó una investigación con el fin de establecer la validez interna de la escala de la depresión de Zung. Con una mues

tra de 213 adictos a las drogas en Nueva York y 206 estudiantes de Enfermería y de Medicina de Nigeria; utilizando la escala de la depresión de Zung. Las conclusiones a las que llegaron son la que la escala de Zung es una prueba con alto índice de validez interna, apoyando ésto su uso como instrumento diagnóstico.

GYRNE, D.G.; BOYLE, DESLEY; PRITCHARD, D.W. 1977 (14)

Trató en su investigación de establecer la existencia de diferencias entre las respuestas de los hombres y las mujeres en la escala de la depresión de Zung. Con una muestra de 55 pacientes masculinos y 80 pacientes psiquiátricos femeninos, ambos diagnosticados como depresivos, utilizando la prueba de Zung como instrumento. Concluye que si existen diferencias cuantitativas y cualitativas en los dos grupos estudiados; avalando este hallazgo la tesis de que las mujeres y los hombres perciben subjetivamente los síntomas de la depresión.

RAFT, David; SPENCER, Roger F.; TOOMEY, Timothy; BROGAN, Donna 1977 (15)

Estudiaron la depresión en pacientes de consulta externa con una muestra de 69 pacientes de consulta externa a través de la escala de Zung y el diagnóstico médico. Los resultados demostraron que el diagnóstico médico reportó el 42 % de los pa

cientes que padecían depresión y la escala de Zung diagnosticó el 30 % de los pacientes; el análisis revela que la escala de Zung no pudo diagnosticar la depresión de los pacientes que la encubrían a través de una enfermedad somática; concluyéndose que la escala de Zung es un instrumento para la detección de la depresión siempre y cuando el paciente no manifieste una depresión encubierta.

LAURENCE T.; ZIEGLER Vincent E. 1978 (16)

Investigó la validez de la escala de la depresión de Zung, a través de la comparación del tratamiento médico y la escala de Hamilton con 67 pacientes de consulta externa con promedio de 30 años de edad. Encontrando una adecuada sensibilidad de la escala de Zung, con un nivel de significancia de .05, revelando ésto un gran índice de validez para la detección de la depresión a través de la escala de Zung; así como su uso en pacientes clínicos.

CAPITULO II. MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS

PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS

Las Hipotesis que rigieron nuestro trabajo fueron las siguientes

1. - Ho. Si aplicamos un instrumento cuyos reactivos miden -
histeria y/o depresión a dos muestras de sujetos: --
una con el diagnostico de histeria y otra con diagnosti-
tico de depresión, no encontraremos reactivos en el
instrumento que miden histeria y/o depresión.
Ha. Si aplicamos un instrumento cuyo reactivos miden --
a
histeria y/o depresión: dos muestras de sujetos: una
con el diagnostico de histeria y otra con diagnostico
de depresión, encontraremos reactivos en el instru-
mento que miden histeria y/o depresión.
2. - Ho. Si aplicamos un instrumento cuyos reactivos miden
histeria, a una muestra de sujetos con el diagnosti-
co de histeria, no encontraremos reactivos en el ins-
trumento que midan histeria.
Ha. Si aplicamos un instrumento cuyos reactivos miden
histeria, a una muestra de sujetos con el diagnosti-

co de histeria, encontraremos reactivos en el ins
trumento que midan histeria.

3.- Ho. Si aplicamos un instrumento cuyos reactivos mi--
den depresión, a una muestra de sujetos con el --
diagnostico de depresión, no encontraremos reacu
tivos en el instrumento que midan depresión.

Ha. Si aplicamos un instrumento cuyos reactivos miden
depresión, a una muestra de sujetos con el diag--
nostico de depresión, encontraremos reactivos --
en el instrumento que midan depresión.

SELECCION Y CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

En este trabajo tomaron parte dos grupos de 10 sujetos, to--
dos derechohabientes del instituto de Seguridad y Servicios --
Sociales para trabajadores del Estado; del sexo femenino que
se encontraban internas en el 2º piso del Hospital Psiquiátri--
co "Fray Bernardino Alvarez"; de las cuales un grupo tenía --
diagnostico principal o secundario de Histeria y el otro grupo
tenía diagnostico principal o secundario de depresión.

La selección de las muestras se realizó de la siguiente mane--
ra.

Se habló con el Médico encargado del piso y se le pidió que él seleccionara a los Pacientes a través del diagnóstico que tenían éstos y que sólo diera una lista con los nombres de los pacientes sin anotar el diagnóstico de ellos y que él les explicara a las pacientes. Posteriormente a la aplicación y calificación de nuestro instrumento se procedió a revisar los expedientes y a correlacionarlos con los diagnósticos. El lugar que se dispuso para la aplicación de los instrumentos fué el cubículo de las enfermeras para evitar así cualquier interrupción.

La secuencia de aplicación de los instrumentos, para todas las muestras fué la misma; encuesta, registro clínico de la historia y por último la escala de Zung.

Los datos sobre la escolaridad y edad de nuestras muestras aparecen en las tablas 1 y 2.

TABLA 1

Escala intervalar de edades por cada muestra

Intervalo de edades	Muestra de sujetos Internos	
	Depresivos	Históricos
16 - 20		1
21 - 25	3	
26 - 30	1	
31 - 35	2	1
36 - 40	2	3
41 - 45	1	
46 - 50	1	3
51 - 55		2
56 - 60		

TABLA 2

Datos sobre la escolaridad de la muestra de sujetos

Nivel de Escolaridad	Muestra de sujetos Internos	
	Depresivos	Históricos
Sin escolaridad		2
Primaria incompleta	1	6
Primaria completa		1
Secundaria incompleta	6	
Secundaria completa		1
Preparatoria incompleta	2	
Preparatoria completa		
Profesional incompleta	1	

REGISTRO CLINICO DE LA HISTERIA

R C H

Fué recopilado por Michael Perley y Samuel B. Guze.

Briquet en 1849 y Savil en 1909 describieron múltiples componentes asociados con la histeria, pero su estudio al quedar inconcluso fué continuado en 1951 por Purtell y Col. quienes formaron un reporte histórico en el que se incluyen más síntomas subjetivos que debían ser controlados anexándolos a una lista.

Pero fueron Perley y Guze en 1962 quienes siguieron la línea establecida y asentaron que el síndrome histérico puede ser definido por respuestas específicas y cuantitativas que se incluyen en la lista de síntomas. Así fué como surgió el registro clínico sobre histeria, elemento útil y necesario con el que cuenta en la actualidad la clínica.

VENTAJAS DEL USO

Es un cuestionario que desde el punto de vista que sea es práctico ya que su tiempo de aplicación no irá más allá de los 10 minutos y para la cantidad de información que brinda es ver-

daderamente rápido.

Así mismo es económico ya que no consiste más que en una hoja en que se imprimen los síntomas haciendo las anotaciones pertinentes.

Aparte de que como se verbaliza con el paciente es un utensilio de gran ayuda ya que se dá la oportunidad al sujeto de expresarse sobre lo que siente, como lo siente y cuando. Esto es de vital importancia para el investigador ya que dá oportunidad de asociarlo a problemas o conductas a que haya estado expuesto el sujeto.

Y finalmente la correlación de los resultados obtenidos con otros materiales de trabajo y así mismo con otros diagnósticos muestran una correlación estadística significativa entre ellos. Esto ha sido mencionado por Kimble y Col. en 1975 en donde dijeron "afirmamos que la prueba de Guze y el DSM II son el resultado de una selección muestreada donde las múltiples personalidades histéricas han sido referidas a un multisistema de componentes que constituyen una vía en favor del encuentro o descubrimiento del síndrome histérico".

FORMA DE APLICACION

Instrucciones:

A continuación voy a leerle una lista que se refiere a reacciones que usted puede haber sentido si es así me lo dice y si -- nunca lo ha experimentado también me lo hace saber, si no -- entiende algo me lo puede preguntar.

DESCRIPCION DEL REGISTRO

Consta de 10 grupos.

Grupo 1 o de Cuidad Médico.

Cefalea y enfermedad la mayor parte del tiempo.

Grupo 2 o de Síntomas Conversivos.

Ceguera, parálisis, anestesia, afonía, ataques, inconciencia, amnesia, sordera, alucinaciones, retención urinaria, ataxia, astasia/abasia, otros síntomas.

Grupo 3 o Autonómico, respuestas vegetativas.

Fatiga y bolo faríngeo.

Grupo 4 o síndrome Vásculo Espasmódico.

Dificultad para respirar, palpitaciones, ataques de nervios, dolores en el pecho, zumbido en los oídos.

Grupo 5 Síntomas generales o Autonómicos Digestivos.

Anorexia, pérdida de peso, marcados cambios en el peso, náusea, inflamación en el abdomen, intolerancia a los alimentos, diarrea y constipación.

Grupo 6 o Digestivo.

Dolor abdominal y vómito

Grupo 7 o escala de síntomas Menstruales.

Dismenorrea, irregularidades menstruales, amenorrea, hipermenorrea.

Grupo 8 o escala de síntomas que midan desajustes sexuales e maritales.

Indiferencia sexual, frigidez, dispaurenia, otras dificultades sexuales, vómito continuo durante el embarazo, hiperémesis gravídica.

Grupo 9 o factor Dolor.

Dolor en la espalda, en las articulaciones, en las extremidades, dolor ardoroso en los órganos sexuales boca o recto, otros dolores en el cuerpo.

Grupo 10 o Escala Depresiva que mide intentos Suicidas.

Nerviosismo, miedos, evasión o incapacidad para actividades cotidianas, labilidad emocional, desinterés en la vida,

ideas de muerte, planeación de una muerte placentera, ideas de suicidio, intentos de suicidio.

CODIFICACION

Se puede codificar en términos de mayoría ya que los autores afirman que los pacientes diagnosticados como histéricos pueden reportar 25 o más síntomas de la lista, o bien pueden ser tratados estadísticamente para así registrar la cantidad de síntomas que reporta la mayor parte de la población así mismo que grupo fué el que tuvo la máxima incidencia.

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION

Fué creado y publicado en 1965 por los Dres. William W. K. Zung, y N. C. Durham, Profesores e investigadores de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Duke, del Hospital de la Administración de Veteranos, y Miembro de la Asociación Americana de Psiquiatría. La validez y la confiabilidad de la escala se puede observar en los artículos revisados y reportados en el presente trabajo.

La creación de la escala se debió a la necesidad de evaluar la depresión, ya sea como afecto, síntoma o enfermedad de una manera sencilla y específicamente como una enfermedad psiquiátrica, la cual no había sido medida satisfactoriamente por la mayoría de las escalas disponibles hasta el año en el que fué realizada.

Los criterios utilizados para el diagnóstico clínico fueron aquellos encontrados en las investigaciones de tres autores principalmente (Brinker y Col., 1961, Overall 1962, y Friedman y Col., 1963) y que presentan los síntomas "clásicos" de la depresión, (Tabla 1), siendo divididos de la siguiente forma:

- a) Afecto profundo
- b) Equivalentes o concomitantes fisiológicos, y
- c) Concomitantes psicológicos

TABLA 1

Factores o patrones de rasgos encontrados en los trastornos depresivos.

Grinker ¹	Overall ²	Friedman ³
1.- Tristeza, desesperanza	1.- Depresión de humor a) deprimido b) preocupación por la -- muerte c) desesperanza d) desamparo	1.- Clásico disposición de ánimo o depresión afectiva a) culpa b) pérdida de la autoestima c) duda d) tendencias psicológicas in- ternalizantes
2.- Inquietud por pérdidas - materiales.	2.- Culpa a) Vergüenza, remordi-- miento b) auto-reproches c) auto-desprecio d) indignidad e) fracasos personales	
3.- Culpa del paciente por - sus errores	3.- Ansiedad, aprensión	
4.- Carga de ansiedad	4.- Retardo psicomotor	2.- Retraído, apático retardado
5.- Exigencia, irritación	a) habla	
1.- Asilado, retraído	b) movimientos del cuer- po.	
2.- Retardo del habla y del pensamiento.		
3.- Desinteresado, apático		
4.- Exigente, irritado,		
5.- Hipocóndrico con ma-- reos, constipación.		

Grinker¹Overall²Friedman³

-
- | | | |
|--|---|---|
| <p>6. - Disturbios cognoscitivos -
 a) deterioro de la memoria
 b) confusión
 c) incapacidad para concentrarse</p> | <p>5. - Experiencia subjetiva de deterioro funcional
 a) intelectual
 b) imposibilidad de trabajar, pérdida de interés
 c) imposibilidad de tomar decisiones
 d) pérdida de potencia sexual
 e) Fatiga feneral</p> <p>6. - Preocupación anormal por la salud física</p> | <p>3. - Tipo hipocondríaco
 a) exigente
 b) quejoso
 c) notable conciencia corporea y quejas físicas</p> |
| <p>7. - Agitado</p> | <p>7. - Respuestas física a la tensión
 a) pérdida de apetito
 b) pérdida de sueño
 c) pérdida de peso</p> | <p>4. - Reacción biológica
 a) pérdida de apetito
 b) disturbios en el sueño
 c) constipación
 d) inhibición para trabajar
 e) pérdida de satisfacción.</p> |
| <p>8. - Rígido, inmóvil</p> | | |
| <p>9. - Dependiente, suplicante</p> | | |
| <p>10. - Trastornos somáticos</p> | | |

VENTAJAS DE SU USO

La primera ventaja está relacionada con el tiempo de aplicación que es de 5 minutos; tiempo en el cual el sujeto la contestará y el examinador podrá calificarla.

La segunda es la economía de su costo ya que de no conseguir la prueba que es proporcionada por unos laboratorios; es sólo necesario copiar la hoja de respuestas y la plantilla con que se calificó.

La tercera ventaja se refiere a las facilidades para localizar la depresión oculta que ni el mismo sujeto puede explicar.

La cuarta ventaja es la relacionada con la Autoadministración.

LARA TAPIA H. (25) Quien demostró que existe la misma confiabilidad que las respuestas verbalizadas por los sujetos, ya que proporciona un error similar.

MATERIAL.

Únicamente se utiliza la hoja de declaraciones para llevar a cabo las anotaciones.

APLICACION:

Se dá al sujeto la lista de declaraciones y se le pide que señale la aseveración que se apege más a su caso en ese momento, si surgiera alguna pregunta puede ser aclarada sin ningún problema.

DESCRIPCION DE LA PRUEBA:

La escala consta de 20 items y fué ideada de modo que 10 --- items fuesen expresados en forma positiva y 10 en forma negativa; para ésto, se llevaron a cabo registros verbales al -- pie de la letra del material de entrevistas con pacientes, y se seleccionaron ejemplos para los ítems de la escala, tomando las manifestaciones más representativas de cada síntoma en particular.

(Los criterios diagnósticos para la depresión, se encuentran en la Tabla 1 y 2) y la escala definitiva se encuentra en la tabla 3.

CALIFICACION

Se llevará a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas las calificaciones que corresponden a cada columna del cuadro.

TABLA 2

Crterios para el diagn3stico de des3rdenes depresivos.

<p>1. - Afecto profundo. a) depresivo, triste y - melanc3lico b) crisis de llanto</p>	<p>2. - Equivalentes fisiol3gicos</p> <p>a) perturbaciones r3tmicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Variaci3n diurna; exagera-- ci3n de los s3ntomas en la - mañana y alg3n alivio a lo - largo del d3a. 2. Sueño: caracter3stico des--- pertar temprano o frecuente 3. Apetito: disminuci3n de la - cantidad de alimentos que -- se ingieren 4. P3rdida de peso: asociada - con disminuci3n de la ali--- mentaci3n, aumento del me tabolismo y disminuci3n del descanso <p>b) Otras perturbaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gastrointestinales: constipa ci3n. 2. Cardiovascular: taquicardia 3. Muscular, fatiga 	<p>3. - Equivalentes psicol3gicos</p> <p>a) actividades psicomoto- ras</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agitaci3n 2. Retardo <p>b) ideaci3n</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confusi3n 2. Vaciedad 3. Desesperanza 4. Irresoluci3n 5. Irritabilidad 6. Insatisfacci3n 7. Desestimaci3n perso nal 8. Meditaci3n suicida
--	---	--

TABLA 3

Items de la escala de automedición de la depresión.

- 1.- Me siento abatido y melancólico
- 2.- En la mañana me siento mejor
- 3.- Tengo accesos de llanto y deseos de llorar
- 4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche
- 5.- Como igual que antes solía hacerlo
- 6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales
- 7.- Noto que estoy perdiendo peso
- 8.- Tengo molestias de constipación
- 9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre
- 10.- Me canso sin hacer nada
- 11.- Tengo la mente tan clara como antes
- 12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro
- 13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
- 14.- Tengo esperanza en el futuro
- 15.- Estoy más irritable de lo usual
- 16.- Me resulta fácil tomar decisiones
- 17.- Siento que soy útil y necesario
- 18.- Mi vida tiene bastante interés
- 19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome
- 20.- Todavía disfruto con las mismas cosas.

Del lado derecho se encuentran cuatro columnas con los siguientes títulos, a fin de que el sujeto haga las marcas donde lo crea necesario.

- | | |
|------------------------------|------------------|
| a) Muy pocas veces | b) Algunas veces |
| c) La mayor parte del tiempo | d) Continuamente |

PLANTILLA DE CALIFICACION

	muy pocas veces	algunas veces	la mayor parte del tiempo	continua mente
1. ^{no} * vech	1	2	3	4
2. *	4	3	2	1
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5. *	4	3	2	1
6. *	4	3	2	1
7.	1	2	3	4
8.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11. *	4	3	2	1
12. *	4	3	2	1
13.	1	2	3	4
14. *	4	3	2	1
15.	1	2	3	4
16. *	4	3	2	1
17. *	4	3	2	1
18. *	4	3	2	1
19.	1	2	3	4
20. *	4	3	2	1

Las calificaciones obtenidas se colocarán en una lista del lado derecho, se sumará y se anotará el resultado final.

El siguiente paso será remitirse a la tabla 4 para convertir la calificación básica al índice EADM.

TABLA 4

Calif. Básica	Índice EADM	Calific. Básica	Índice EADM	Calific. Básica	Índice EADM
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Una vez obtenido el índice EADM se pasará a la tabla 5 para deducir el diagnóstico final.

TABLA 5

Diagnóstico de los grupos de Valoración	Índice EADM promedio
Controles normales	33
Deprimidos hospitalizados	74
Deprimidos ambulatorios	64
Reacciones de ansiedad	53
Desórdenes de personalidad	53
Reacciones de ajustes	53

Teniendo como antecedente que el índice promedio obtenido con pacientes deprimidos hospitalizados fué de más de 70. En los pacientes deprimidos ambulatorios el índice fué de más de 60 y en pacientes con desórdenes emocionales se obtuvieron índices de más de 50. Las calificaciones bajas de 40 o menos se obtuvieron con controles normales indicando que no había depresión o que era de poca importancia.

Finalmente se hace una relación de los items de la escala incluyendo en tres grupos de acuerdo a los síntomas auténticos de la depresión.

Sintomas de desórdenes depresivos	Temas de la EADM	No. del Tema
I AFECTIVOS PERSISTENTES		
Deprimido triste y melancólico	Me siento ab ^u tido y melanc ^o lico.	1
accesos de llanto	tengo accesos de llanto y deseos de llorar	3
II EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS		
variación diurna, exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día.	En la mañana - me siento mejor	2
sueño: despertar temprano o frecuente	me cuesta trabajo dormir en la noche	4

apetito: disminución de la inges- tión de alimentos	como igual que antes solía hacerlo	5
Pérdida de peso: asociada con - ingestión disminuída de alimen- tos, metabolismo aumentado o reposo disminuído.	noto que estoy per-- diendo peso	7
sexuales: líbido disminuído:	todavía disfruto de - las relaciones sexua les	6
gastrointestinales: constipación	tengo molestias de - constipación	8
cardiovascular: taquicardia	el corazón me late - más aprisa que de -- costumbre	9
musculoeskuelético fatiga	me canso sin hacer - nada	10

III EQUIVALENTES PSICOLOGICOS

agitación psicomotora	me siento intranqui- lo y no puedo mante- nerme quieto	13
retardo psicomotor	me resulta fácil ha- cer las cosas que a- costumbro	12
confusión	tengo la mente tan -- clara como antes	11
vacuidad	mi vida tiene bastan te interés	18
desesperanza	tengo esperanza en - el futuro	14
indecisión	me resulta fácil to-- mar decisiones	16

irritabilidad	estoy más irritable de lo usual	15
insatisfacción	todavía disfruto con - mismas cosas	20
devaluación personal	siento que soy util y - necesario	17
rumiación suicida	creo que les haría un - favor a los demás mu- riéndome	19

ENCUESTA

En 1977 los Dres. Luis Antonio Gamiochipi y Antonio Ruiz Tavíel con un grupo de Psiquiatras, Psicólogos y Trabajadoras -- Sociales, ante la necesidad de tener un instrumento que detectara aspectos psiquiátricos-psicológicos, elaboraron un ----- peculiar modelo de encuesta epidemiológica para poder llevar a cabo un programa de Psiquiatría Comunitaria, tomando en cuenta las experiencias de Estados Unidos de América, Canadá y Gran Bretaña como referencia. El instrumento servía para investigar aspectos Psiquiátricos-Psicológicos en adultos - de ambos sexos, adolescentes, niños y ciertos puntos básicos de conocimiento sobre el Trabajo Social,

Para la elaboración de nuestro instrumento a estudio se tomó de la encuesta la parte que investiga aspectos Psiquiátricos - Psicológicos en adolescentes y adultos; ya que a lo largo de -- su utilización en el programa de Psiquiatría comunitaria ---- (1977-1979), se pudo observar empíricamente que una gran - mayoría de sujetos detectados por la encuesta con problemas psicopatológicos, eran diagnosticados medicamente como Depresivos o Histéricos.

La confiabilidad y la validez de esta parte del instrumento se obtuvo a través de aplicación a 30 sujetos que asistían a los servicios de psiquiatría de los hospitales (Adolfo López Mateos, I. S. S. S. T. E., 20 de Noviembre I. S. S. S. T. E., y Gonzalo Castañeda I. S. S. S. T. E.) y 30 sujetos tomados de las oficinas de la Subdirección Médica del I. S. S. S. T. E. (todos trabajadores); observándose que el 95 % de los pacientes encuestados de los servicios de Psiquiatría respondieron en una forma significativa al instrumento y sólo el 2 % de los sujetos tomados de las oficinas respondió positivamente a alguna pregunta del instrumento; concluyéndose que la encuesta es un instrumento confiable para medir Psicopatología.

Material:

Unicamente se necesitan las hojas donde viene la pregunta para poder llevar a cabo las anotaciones.

Aplicación:

La forma de aplicación es a nivel individual con una duración de 5 minutos.

Instrucción:

En forma verbal se le dan las siguientes instrucciones:

"Diga si usted padece o no lo que a continuación se pregunta"

Descripción de la prueba:

Es un cuestionario para adolescentes y adultos que consta de 24 preguntas descritas a continuación.

- | | |
|---|-----|
| 1. - B - Padece palpitaciones y sensación de ahogo en el pecho. | [] |
| 2. - B - Siente desánimado y que su vida no le interesa. | [] |
| 3. - B - Tiene dificultad para concentrarse en el trabajo | [] |
| 4. - B - Siente cansancio cuando se despierta en la mañana | [] |
| 5. - B - Ha pensado que sería mejor morir | [] |
| 6. - A - Ha pensado en suicidarse | [] |
| 7. - C - Se siente desanimado en su trabajo | [] |
| 8. - B - Se le dificulta dormirse en la noche | [] |
| 9. - B - No se preocupa por su arreglo | [] |
| 10. - B - Es muy preocupón | [] |
| 11. - B - Se siente siempre cansado | [] |
| 12. - A - Se siente triste y llora fácilmente | [] |
| 13. - A - La mayor parte del tiempo le duele la cabeza o el cerebro | [] |
| 14. - A - Siente miedo y no sabe a qué | [] |
| 15. - B - Se enoja con facilidad | [] |

16. - B - Se molesta demasiado con el ruido |_|
17. - C - Se sobresalta demasiado con facilidad |_|
18. - A - Usted está enfermo de los nervios |_|
19. - A - Usted se la pasa acostado sin ganas de levantarse |_|
20. - A - Usted toma alcohol hasta emborracharse con frecuencia |_|
21. - A - Usted está siempre en casa y no quiere salir a la calle |_|
22. - A - Usted toma droga o fuma marijuana |_|
23. - C - Usted es muy nervioso |_|
24. - B - Usted ha dicho que quiere ver al Doctor |_|

Cada pregunta está marcada con una letra en el lado izquierdo antes de iniciar la pregunta.

En el lado derecho de cada pregunta existen una casilla o un cuadrado para hacer las anotaciones según la respuesta.

Calificación:

En la casilla de la respuesta se anota un I si esta es afirmativa y si es respondida en forma negativa se deja en blanco.

Cada pregunta está marcada con una letra según el orden de

importancia del padecimiento (a, b, c) siendo la pregunta con la letra A la que se considera más patológica, la B, regularmente patológica, y la C, menos patológica. Si el sujeto die-
ra en solo una ocasión la respuesta de A, esto significa que el sujeto necesita atención Psiquiátrica-Psicológica; estable-
ciéndose una relación numérica con las demás letras de la -
manera siguiente:

1A = A o sea atención Psiquiátrica

3B = A

2C = 1B

Pudiéndose establecer combinaciones con B y C para alcanzar el valor de A.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

Una vez aplicados nuestros instrumentos, y obtenido las mediciones, el siguiente paso fué buscar el tratamiento adecuado para los datos.

Tomando en cuenta que existía incongruencia entre - el diagnóstico médico y el diagnóstico de los instru-
mentos, siendo estos últimos validos y confiables, - decidimos reagrupar los datos en base al diagnóstico de los instrumentos.

Siendo el objetivo de esta investigación evaluar la encuesta en base a la respuesta que dan los pacientes. - Decidimos utilizar el método de estadística descriptiva basada en porcentajes. ; tomando como porcentaje aceptable las puntuaciones arriba del 75 %.

CAPITULO III: RESULTADOS

LOS RESULTADOS DE NUESTRO TRABAJO SE PRE-
SENTAN EN TABLAS A CONTINUACION

TABLA DE PUNTAJES CRUDOS OBTENIDOS EN EL REGISTRO CLINICO DE LA HISTERIA Y LA PRUEBA DE ZUNG, POR LA MUESTRA DE SUJETOS DIAGNOSTICADOS MEDICAMENTE COMO HISTERICOS.

SUJETOS	REGISTRO CLINICO DE LA HISTERIA	PRUEBA DE ZUNG	
		Calificación. básica	Indice EADM
1	17	42	53
2	31	49	61
3	36	57	71
4	38	54	68
5	21	45	56
6	31	41	51
7	39	53	66
8	20	54	68
9	33	47	59
10	41	68	85

Los sujetos 1, 5 no obtuvieron puntuaciones equivalentes a ningún diagnóstico. Conformando el 20 % de la muestra total.

Los sujetos 2, 3, 4, 7, 9 y 10, obtuvieron puntuaciones que los diagnostican como histeria y depresión. Conformando el 60 % total de la muestra.

El sujeto 6 obtuvo puntuaciones que lo diagnostican como histérico. Conformando el 10 % del total de la muestra.

El sujeto 8 obtuvo puntuaciones que lo diagnosticaron como depresivo. Conformando el 10% del total de la muestra

TABLA DE PUNTAJES CRUDOS OBTENIDOS EN EL REGISTRO CLINICO DE LA HISTERIA Y LA PRUEBA DE ZUNG, EN LA MUESTRA DE SUJETOS DIAGNOSTICADOS MEDICAMENTE COMO DEPRESIVOS.

SUJETOS	REGISTRO CLINICO DE LA HISTERIA	PRUEBA DE ZUNG	
		Calif. Básica	Índice EADM
1	22	28	35
2	17	35	44
3	11	49	61
4	12	39	49
5	30	46	58
6	17	57	71
7	0	41	51
8	10	47	59
9	27	56	70
10	22	56	70

Los sujetos 3, 6, 8, 10 obtuvieron puntuaciones que los diagnostican como sujetos depresivos. Conformando el 40 % de la muestra total.

Los sujetos 1, 2, 4, 7, no obtuvieron puntuaciones equivalentes a ningún diagnóstico. Conformando el 40 % de la muestra total.

El sujeto 9 obtuvo puntuaciones que lo diagnostican con histeria y depresión conjuntamente. Conformando el 10 % de la muestra total.

El sujeto 5 obtuvo puntuaciones que lo diagnostican con histeria. Conformando el 10 % de la muestra total.

TABLA DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE RESPUESTA EN LA ENCUESTA PARA LAS -
DIFERENTES MUESTRAS DE SUJETOS

No. de Preguntas	Muestra de Sujetos con Histeria y Depresión								Muestra de Sujetos con Depresión					Muestra de Sujetos con Histeria			Muestra de Sujetos sin ningún diagnóstico						
	Número de Sujetos								Número de Sujetos					Número de Sujetos			Número de Sujetos						
	1	2	3	4	5	6	7	%	1	2	3	4	5	%	1	2	%	1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1	1	85	1	1	1			60		1	50	1	1	1				50
21	1	1	1		1		71	1	1				40		1	100	1	1		1			50
31	1	1	1	1	1		85	1	1				40		1	50		1					16
41	1		1	1	1		71		1	1	1		60		1	100		1	1	1			50
51	1				1	1	57	1	1				40		1	100		1					16
61		1				1	32						0		1	50							0
71		1	1	1	1		71			1	1	1	60		1	50			1		1		33
81	1		1	1	1	1	85			1	1		40			0			1	1		1	50
91			1	1	1		57		1			1	40			0			1			1	33
101	1	1	1	1	1	1	100		1	1			40		1	100		1	1		1	1	66
111		1	1	1	1		71		1	1	1		60		1	50			1				16
121	1	1		1	1	1	85	1	1	1	1		80		1	50			1		1	1	50
131	1	1	1	1	1	1	100	1		1			40		1	100			1				16
141		1		1	1		57			1	1		40		1	100			1		1	1	50
151	1	1	1	1	1		85	1		1	1	1	80		1	50			1		1	1	50
161	1	1	1	1	1	1	85			1			20		1	50			1		1	1	66
171	1	1	1	1	1	1	100			1	1		40		1	50			1		1		33
181		1	1	1	1	1	85	1	1	1	1		80		1	100		1	1		1	1	66
191							14	1	1		1		60			50					1		16
20						1	14			1			20			50							0
211	1	1					32			1			20			0					1		16
22							0						0			0							0
231	1	1	1	1	1	1	100	1	1	1	1		80		1	100			1		1	1	50
24		1			1		57			1	1	1	80		1	50			1	1	1		66

CAPITULO IV.- ANALISIS Y CONCLUSIONES

Los instrumentos que utilizamos en esta investigación fueron la escala de automedición de la depresión de Zung y el Registro - Clínico de la Histeria de Perley y Guze que han demostrado validez y confiabilidad en el diagnóstico de la Histeria y la Depresión; y nuestro instrumento objetivo de la Tesis.

Una vez obtenidos los datos se procedió a calificarlos, observándose discrepancia entre el diagnóstico médico y el diagnóstico obtenido en nuestros instrumentos. De la muestra de pacientes diagnosticados médicamente como depresivos se encontró - en los resultados arrojados por nuestros instrumentos, que solo el 40 % de la muestra eran depresivos; el 10 % eran diagnosticados como histéricos; el 10 % como histéricos depresivos y el 40 % restante estaban mal diagnosticados ya que no cumplían con ninguno de los criterios diagnosticados del instrumento.

Algo semejante ocurrió con la muestra de sujetos histéricos ya que de esta muestra sólo el 10 % fueron diagnosticados como histéricos; otro 10 % como depresivos; el 60 % obtuvieron puntuaciones significativas de histeria y depresión, y el 20 % restante estuvieron mal diagnosticados.

Tomando en cuenta que los instrumentos que utilizamos para medir histeria y depresi3n son instrumentos v3lidos y confiables, decidimos reagrupar a los sujetos en base al diagnostico obtenido con los instrumentos y asi poder realizar el -- an3lisis de los reactivos de la encuesta en estudio.

En total se formaron 4 grupos en base a los diagnosticos

- 1) Grupo de depresi3n
- 2) Grupo de histeria
- 3) Grupo de histeria-depresi3n
- 4) Grupo sin ninguno de los 2 diagnosticos

Como se dijo anteriormente en el capitulo relacionado con la depresi3n, que 3sta; es un trastorno del estado afectivo caracteriz3ndose por una baja apreciaci3n del Yo, que afecta la autoestima, encontramos que el grupo depresivo contesto arriba del 75 % de las preguntas 12-15-24 de nuestra encuesta:

12. Se siente triste y llora f3cilmente. en donde se pone de manifiesto una vez m3s, que el aplanamiento afectivo y el llanto f3cil son s3ntomas de depresi3n.
15. Se enoja con facilidad. esta pregunta tambi3n fue - significativa para este grupo, ya que tambi3n la -- irritabilidad es s3ntoma de depresi3n.

24. Usted a dicho que quiere ver al doctor. la tendencia a responder con mayor frecuencia ésta pregunta se debe a que la depresión es vivida por la gente como un desgano producto de falta de vitaminas por lo cual buscan los servicios médicos ya que atribuyen la disminución de su energía a problemas orgánicos.

El segundo grupo cuyo diagnósticos en nuestros instrumentos fué de histeria, respondieron significativamente arriba del -- 75 % las preguntas 2, 4, 5, 10, 13 y 14:

2. Se siente desanimado y que su vida no le interesa.
4. Siente cansancio cuando se despierta en las mañanas y ganas de seguir acostado.
5. *Ha* A pensado que sería mejor morirse.
14. Siente miedo y no sabe a qué.

Estas preguntas exploran depresión y la contestación a estas preguntas se debe probablemente, a la ganancia secundaria -- que obtienen los sujetos al manifestarlo; o tal vez, si están pasando por una ligera depresión producto de su inestabilidad en sus sentimientos, y cuya intensidad no permite ser detectado por nuestro instrumento que mide depresión.

10. Es muy preocupona. la contestación significativa se debe probablemente a la ganancia secundaria que — obtienen al manifestar esta conducta.
13. La mayor parte del tiempo le duele la cabeza o el cerebro. La cefalea es un síntoma conversivo de la histeria por lo que fué contestada en forma frecuente por este tipo de pacientes.

El tercer grupo estuvo compuesto por sujetos cuyo diagnóstico fué de Histeria y Depresión simultánea; siendo la primera una neurosis en la cual existe una ordenación de la emoción y siendo la depresión un trastorno de un estado afectivo, los sujetos histéricos pueden presentar depresión como un síntoma secundario. Por lo que se encontró que esta muestra contestó preguntas que sólo fueron significativas para la muestra de depresión; tal es el caso de las preguntas:

12. Se siente triste y llora fácilmente
15. Se enoja con facilidad

y preguntas que fueron significativas para la muestra de histeria.

10. Es muy preocupona
13. La mayor parte del tiempo le duele la cabeza o el cerebro

Además de estas preguntas encontramos otras que son:

1. - Padece palpitaciones y sensaciones de ahogo en el pecho. Este síntoma está comprendido en el síndrome vasco-espasmódico de la histeria y que responden significativamente nuestra muestra.
3. - Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo. La falta de concentración se debe a que la situación de ansiedad que experimentan éstos pa--cientes no permiten la concentración en una for--ma accesible, sino que es necesario esforzarse -- para concentrarse.
8. - Se le dificulta dormirse en la noche. La contesta--ción significativa de ésta pregunta se debe a que explora alteraciones fisiológicas del sueño.
16. - Se molesta demasiado con el ruido. La irritabili--dad que explora la pregunta corresponde a los -- síntomas psicológicos de la depresión.
17. - Se sobresalta demasiado con facilidad. La hiper--sensibilidad se debe al estado de angustia por el que pasan éstos sujetos.

En ésta investigación se encontraron preguntas que fueron contestadas indiscriminadamente por todos los grupos.

18. - Está enfermo de los nervios

23. - Es muy nervioso

Probablemente ésta tendencia a responder se debe a que la palabra NERVIO, se utiliza en forma general en nuestro medio para designar cualquier padecimiento de tipo emocional, no siendo ésta, discriminativa para ningún padecimiento.

También hubieron preguntas que no fueron significativas para ninguna de las muestras de estudio y estas fueron.

6. - Ha pensado suicidarse

7. - Se siente desanimado con su trabajo

9. - No se preocupa por su arreglo

11. - Se siente siempre cansado

19. - Usted se la pasa acostado sin ganas de levantarse.

20. - Usted toma alcohol hasta emborracharse ----
con frecuencia

21. - Usted está siempre en casa y no quiere salir a
la calle.

22. - Usted toma droga o fuma marihuana

Todas éstas preguntas exploran síntomas depresivos; pero su falta de significancia se debe probablemente a que la muestra que se tomó fué una muestra de sujetos internos que llegaron al Hospital cuando su padecimiento ya estaba agudizado y las preguntas de la Encuesta estan formuladas en presente lo que hizo que no respondieran estas preguntas, aunado a esto los síntomas que exploraban algunas de estas preguntas se presentan al inicio de la depresión como son:

El desánimo en el trabajo y el pensamiento suicida aunque esto último también aparece al término de la depresión.

Otros síntomas como: el cansancio continuo, la despreocupación por el arreglo personal son síntomas que aparecen en la etapa aguda de la depresión y su no significancia se debe a que la muestra tomada no estaba en su período agudo, ya que; en éste período sería imposible que nos contestaran nuestros instrumentos.

El tomar alcohol puede ser un síntoma de depresión, pero no necesariamente es una situación general, ya que en nuestro medio la ingestión de alcohol es propiciada por nuestra cultura desde el nacimiento hasta la muerte de una persona.

El uso de drogas como la marihuana también puede ser síntoma depresivo; pero su no contestación a ésta pregunta se debió a que, el uso de ésta droga está delimitada por nuestra cultura, siendo más común su uso en personas jóvenes de clase alta y clase baja y nuestra muestra estudiada estuvo formada por mujeres casadas con edad promedio de 37 años.

Nuestra muestra no es una muestra representativa de la población estudiada considerándose este trabajo como un estudio exploratorio; sin embargo, podríamos concluir tentativamente que:

El instrumento que se trató de evaluar si discrimina tanto depresión como histeria; y estos dos padecimientos cuando se presentan en forma conjunta. Por lo tanto esta encuesta no puede ser usada para diagnosticar histeria en términos generales; pero, para lograr este objetivo se sugiere agregarsele más reactivos que midan histeria.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de nuestro trabajo encontramos cuatro limitaciones que se consideran importante mencionar:

La primera limitación de nuestro estudio, estuvo dada por el número de sujetos que compusieron nuestra muestra; siendo éstas demasiado pequeñas, además de la falta de acceso a los expedientes de los sujetos.

La segunda limitación fué dada por la incongruencia existente entre el diagnostico predeterminado con el que seleccionó la muestra y el diagnostico que arrojaron --- nuestros instrumentos.

Otra limitación fué la falta de homogeneidad de casos en la evolución de su patología.

La última limitación se debió a la falta de control de la variable medicamento, ya que, algunos medicamentos -- provocan alteraciones al cuadro de padecimientos del paciente.

Debido a todo lo anterior expuesto podemos observar la necesidad de aumentar los reactivos a la encuesta; si es que queremos en una próxima investigación continuar con el objetivo propuesto inicialmente, así como también se debe to-

mar en cuenta las variables limitantes de nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. WOODRUFF, Robert A., Jr.; Histeria: Una evaluación de criterios objetivos de diagnósticos en un estudio -- con mujeres enfermas crónicas; British Journal of Psychiatry; 114 (514): 1115-1119, 1968
2. KIMBLE, Ray; WILLIAMS, James G.; AGRAS, Ste---
wart; A Comparison of Two Methods of Diagnosting -- Hysteria; American Journal Psychiatry; Vol. 132 (11) - 1197-1199, 1975. USA
3. AGUILERA GOMEZ, María Angelina; Un Estudio Clínico y Sociocultural de la Histeria y la Depresión; Tesis Profesional; Facultad de Psicología, U.N.A.M., - 1977. MEXICO.
4. ORTIZ SALAS Velia; Aspecto Psico-Socio-Cultural de la Histeria en México; Trabajo presentado en el Segundo Congreso Mexicano de Psicología Clínica; Guanajuato, México. 1977
5. ZUNG, William W.; el inventario del estado de la de--
presión: un adjunto de la escala de la depresión; Journal of Clinical Psychology; Vol. 28 (4): 539-543; 1972 USA.
6. GIBSON, Stephen; BECKER, Joseph; Alcoholism and De-
pression: The factor Structure of Alcoholics; Quarterly Journal of Studies on Alcohol; Vol. 34 (2): 400-408 -- 1973. USA
7. LOPEZ Valentín C.; CHAMORRO Tomás; Normality, -
Emigration, and Depresión; Revista de Psicología General y Aplicada; España Vol. 29 (131): 1009-1031, --- 1974.
8. DAVIES, Brian; BURROWS, Graham; A comparative --
study of four depression rating Scales; Australian & --
New Zealand Journal of Psychiatry; Vol. 9 (1): 21-24, - 1975. AUSTRALIA

9. CONDE LOPEZ Valentín; DE ESTEBAN CHAMORRO, - Tomás; Validity of the Self-Rating Depression Scale of Zung; Archivo de Neurobiología; Vol. 38 (3): 225-246, - 1975. ESPAÑA
10. CONDE LOPEZ, Valentín; DE ESTEBAN CHAMORRO, - Tomás; The Reliability of Zung's Self-Rating Depression Scale; Revista de Psicología General y Aplicada; Vol. - 30 (136): 903-913, 1975. ESPAÑA.
11. HEIDELL, Elizabeth D.; KIDD, Aline H.; Depression- and Senility, Journal of Clinical Psychology; Vol. 31 -- (4): 643-645, 1975. ENGLAND
12. EQUI, Peter J.; JABARA, Raymond F.; Validation of - The Self-Rating Depression Scale in an Alcoholic; Journal of Clinical Psychology; Vol. 32 (2): 504-507, 1976. USA.
13. JEGEDE, R. Olukayode; Psychometric Properties of - the Self-Rating Depression Scale; Journal of Psychology; Vol. 93 (1): 27-30, 1976. USA
14. BYRNE, D.G.; BOYLE, Desley; PRITCHARD, D.W.; - Sex differences In Response to a Self-Rating Depression Scale; British Journal of Social & Clinical Psychology; - Vol. 16 (3): 269-273, 1977. ENGLAND
15. RAFT, David; SPENCER, Roger F.; TOOMEY, Timothy; BROGAN, Donna; Depression In Medical Out Pa- - tients: Use of the Zung Scale; Diseases of the Nervous System; Vol. 38 (12): 999-1004, 1977. USA
16. BIGGS, John T.; WYLIE, Laurence T.; ZIEGLER, Vin- cent E.; Validity of the Zung Self-Rating Depression - Scale; British Journal of Psychiatry; Vol. 132: 381-385 1978. ENGLAND
17. CLONIGER, C.R.; GUZE, S.B.; Psychiatry Illness -- and Female Criminality: The Role of Sociopathy and Hysteria in the Antisocial Woman; American Journal- of Psychiatry; 127: 303-311, 1970. USA.

18. GUZE, S.B.; WOODRUFF, R. A., AND CLAYTON, P.J.: A study of Conversion Symtoms in Psychiatry out Patients; American Journal Psychiatry; 128: 643-646, 1971. -- USA.
19. GUZE, S.B.; WOODRUFF, R. A. Jr. and CLAYTON, P.J. Hysteria and Antisocial Conducta: Fhurther Evidence of an Association; American Journal of Psychiatry; 127: -- 957-960, 1971. USA.
20. CELANI D.; An interpersonal approach to Hysteria; A--merican Journal of Psychiatry; 133: 1414-1418, 1976. -- USA.
21. DIAZ GUERRERO, Rogelio; La Cultura Mexicana y la - Personalidad Normal y Patológica del Mexicano, un Enfoque interdisciplinario; Revista Psicología; 23, 1979. - MEXICO.
22. HATHAWAY, S.R.; MCKINLEY, J.C.; Manual de Interpretación de la Prueba de MMPI; Manual Moderno, S.A. 1967. MEXICO.
23. LABORATORIOS LAKESIDE. DEPRESION; MEXICO.
24. DR. SANTIAGO MAR ZUÑIGA, Las ideas Suicidas; Revista Psicología No. 14; May-Jun. 1977. MEXICO.
25. LARA TAPIA H.; RAMIREZ DE LARA L.; Algunas normas para la medición de la Depresión; Rev. Neurol. -- Neuroc. Psiquiat.; 17: 5-15, 1976
26. SYDNEY SIEGEL; Estadística no paramétrica; Trillas, - S.A. Editorial Española Toray-Masson, S.A., 1980. - ESPAÑA.
27. A. HAYNAL-W. Pasivi; Manual de Medicina Psicoso--mática; Editorial Española Toray-Masson, S.A., 1980 ESPAÑA.
28. ALFRED M. FREEDMAN-HAROL I. KAPLAN-BENJAMIN J. SADOCK; Compendio de Psiquiatría, Salvat Editores, S.A.; 1975; Barcelona, España.

29. GUILLERMO VIDAL, HUGO BLEICHMAR, RAUL J. USAN-DIVARAS; Enciclopedia de Psiquiatría; Edit. "El Ateneo", - 1977. Buenos Aires, Argentina.
31. JAMES C. COLEMAN, Constance L. Hammen; Psicología - Contemporánea y Conducta Eficaz; Edit. Manual Moderno, - S.A.; 1977. MEXICO.
32. J. LAPLANCHE; J.B. PONTALIS; Diccionario de Psicoanálisis; Edit. Labor, S.A.; 1971, Barcelona, España.
33. LISE MOOR; Glosario de Términos Psiquiátricos; Edi. Toray-Masson, S.A.; 1969, España.
34. NOYES & KOLB.; Psiquiatría Clínica Moderna; La Prensa Médica Mexicana; 1974, México.
35. PAUL BERNARD & SIMONE TROUVE; Semiología Psiquiátrica; Edit. Toray-Masson, S.A.; 1978, España.
36. PIERRE LOC; Las Consultas diarias en Psiquiatría; Edit, Toray-Masson, S.A.; 2969, España.
37. RENE SPITS; El Primer Año de Vida del Niño; Fondo de -- Cultura Económica; 1973, México.
38. S.H. FRAZIER & ARTHUR G. CARR; Introducción a la -- Psicopatología; Edit. "El Ateneo"; 1973; Argentina.