

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



UN ESTUDIO CLINICO Y SOCIOCULTURAL DE
LA HISTERIA Y LA DEPRESION



T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a :

MARIA ANGELINA AGUILERA GOMEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A MIS PAPAS
CON
A M O R

A MIS HERMANOS
ALEJANDRO, JESUS Y ARMANDO

AL PROFESIONISTA Y AMIGO
MTRO. HECTOR LARA TAPIA
GRACIAS POR ENSEÑARME A
QUERER ENTENDER Y VALORAR
M I C A R R E R A

A LA AMISTAD
REPRESENTADA EN UNA PERSONA
S O N I A

1551

A G R A D E C I M I E N T O

De una manera especial quiero hacer mención de las personas sin cuya colaboración me hubiera sido muy difícil llegar a la culminación de éste trabajo.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL ISSSTE.

CHELA MARTINEZ Y JAVIER PEÑALOZA JR.

Gracias a todos ellos por sus valiosos consejos y desinteresada ayuda.

C O N T E N I D O

	Pag.
<u>I N T R O D U C C I O N</u>	
<u>C A P I T U L O I</u>	
ANTECEDENTES	3
Depresión Reactiva	8
Depresión Neurótica	12
Histeria	17
Reacción histérica	18
Neurosis histérica	19
Inventario Multifásico de la personalidad	36
Escala de Automedición de la Depresión	55
Registro Clínico de Histeria	66
<u>C A P I T U L O II</u>	Material y método
Selección y características de la muestra	71
Diseño estadístico	76
<u>C A P I T U L O III</u>	Resultados
Análisis e interpretación de los datos	90
<u>C A P I T U L O IV</u>	
Comentarios y conclusiones	96
Sumario	102

B I B L I O G R A F I A

I N T R O D U C C I O N

Si alguien llega a un hospital psiquiátrico a tratar de aprender algo, lo que sea, se encuentra con que ha ingresado a un mundo diferente. Al decir diferente no me refiero a las personas que se encuentran dentro bajo tratamiento, sino a la gente que tiene a su cargo a todos éstos enfermos.

Fue el equipo médico, psicólogas y trabajadoras sociales quienes hicieron nacer en mí el interés de saber "mucho" respecto a las enfermedades a que se enfrentan día a día, en donde aunque los diferentes síntomas estén encasillados bajo una etiqueta, aparecen frecuentemente combinados de otra manera y dando un diagnóstico completamente diferente al inicial.

Al referirme a los síntomas, hablé de etiqueta porque es como un sello con el que se le denota a una enfermedad o a otra.

No quiero que se piense que soy despectiva al describirlo así, ya que es de verdad importante el poder discriminar cuando estamos frente a una esquizofrenia o cuando ante una epilepsia, si es alcoholismo o un consecuente daño cerebral.

Pero es importante y me interesa sobremanera aclarar que no son los médicos a los que se les recrimina diariamente de grandes errores, los que tienen toda la culpa, no, cuando día a día se les ve estudiar, aprender algo diferente, hacer investigación, promocionar pláticas de personas expertas y conocedoras del tema, sino la naturaleza, el ser humano en esencia que muestra diferentes reacciones y características a cada momento y que hace dudar hasta al más erudito entre un diagnóstico de Psicosis o de Neurosis en cualquiera de sus aspectos.

Es el siguiente estudio una derivación de otros previos, los cuales han demostrado algunas características psicopatológicas de la población mexicana, que involucran básicamente a las mujeres, tanto respecto a factores psicológicos como a características biológicas y socioculturales, en donde, según Díaz Guerrero "La constelación resultante de la conducta de la mujer es por tanto favorable al desarrollo de las neurosis".

Pero surge una pregunta:

¿Cómo y por qué afronta el stress ésta mujer?

Son dos los enfrentamientos a "stresses" determinados por la cultura. Siendo pasivo el que nos corresponde a los mexicanos y consiste en una aceptación sumisa de todo. De aquí que la mujer y principalmente si es madre, brinde su sacrificio de una manera completa y desinteresada, sea así mismo dependiente y aguantadora; valorando la armonía, protección y dependencia - produciendo menos agresión. Teniendo que afrontar psiquiátricamente hablando, síntomas hipocondriacos e histéricos.

De aquí que mi interés se haya centrado en las neurosis, no porque las esquizofrenias o los trastornos de personalidad no tengan la misma importancia, sino porque pienso que son las "enfermedades" que muestran un cuadro más variado de síntomas; por lo tanto mi principal atención para el desarrollo de éste trabajo serán la histeria y depresión.

Espero y mi máximo anhelo es el contribuir aunque sea de una manera mínima a esclarecer la diferencia diagnóstica entre éstas dos neurosis.

C A P I T U L O I A N T E C E D E N T E S

Es también la aparición de la enfermedad mental tan antigua como el mundo mismo en donde los enfermos eran descritos como "poseídos por el diablo".

Hipócrates llevó a cabo una clasificación en donde hablaba de manía, melancolía y frenesí, esto nos hace pensar que ya entonces se conocía la depresión, histeria, epilepsia ó psicosis post - partum.

Si nos referimos a melancolía es fácil asociarla a depresión, ya que el sujeto perdía todo interés en su trabajo, familia y hasta en el mismo, abandonándose a su suerte hasta que llegara el fin.

En lo que respecta a nuestra cultura Belsasso y Lara Tapia (1974) dicen que existen referencias directas del suicidio en los pueblos mayas en donde se refieren como motivos de suicidio, la — tristeza, el temor a ser torturados o el acto de culpar al cónyuge — de trato cruel.

Si meditamos ahora sobre la histeria fué también Hipócrates quien describió el caso de la Sra. Polemarque, que presentaba dolor en los órganos genitales durante "su regla" tenía problemas toda — la noche y parte del día siguiente; presentando parálisis del miembro superior derecho o del inferior izquierdo.

Galeno (citado por Pichot) afirmó que la etiología de los — trastornos histéricos se debía a la retención de un líquido seminal femenino.

Charcot (citado por Pichot) hace referencia a un ataque de tipo histérico con 4 períodos:

1º.- Epileptoide
2º.- De grandes movimientos (a los que Kretschmer posteriormente denomina tempestad de movimientos) — (1958).

3º.- De actividades pasionales
4º.- Delirio terminal

Fué también gran motivo de preocupación para Charcot los — problemas a consecuencia de las "hemorragias" mensuales en donde — ya se denotaban grandes cambios de conducta.

Son muchos los aspectos que tienen que ver con el surgimiento o alteración de una neurosis. Como es el sexo, la edad, problemas metabólicos, factores medioambientales, de personalidad e inclusive las diferentes épocas del año.

De acuerdo al estudio realizado por Lara Tapia y col. (1975) sobre Padecimientos psiquiátricos se vio que los primeros cuatro meses del año la incidencia de enfermedades en un sistema de seguridad social ISSSTE, era relativamente baja, llegando a un máximo de 80 pacientes siendo el número mayor de mujeres. La mayor frecuencia de ésta muestra se detectó en Junio, donde los pacientes hospitalizados fueron 170 con mayor incidencia de pacientes femeninos nuevamente.

Posteriormente en Septiembre de 1976 Lara Tapia y Espinosa García en su estudio sobre Hospitalización psiquiátrica demuestran que las psicosis alcohólicas son las más frecuentemente atendidas con 107 casos y representando un 23.06 %. En segundo lugar las esquizofrenias con 104 haciendo un 22.41 % y en tercer lugar las neurosis con 87 casos formando un 18.75%. El 35.78 % restante incluía psicosis afectivas orgánicas, farmacodependencia y síndromes cerebrales, demencia, epilepsia, etc. Pero a nuestro parecer lo más importante de éste estudio es la frecuencia en cuanto a épocas del año en donde vemos el alto incremento en hospitalizaciones durante la primavera y el principio del verano tendiendo a decrementarse en los siguientes periodos.

Ramírez de Lara (1972) mostró como dentro de la clase media correspondiente a un sistema de seguridad social ISSSTE, la persistencia de la mujer dentro del seno del hogar, produce significativamente más alteraciones conductuales de tipo neurótico que la mujer trabajadora. Estas a su vez se dividen en dos tipos: — aquellas que al trabajar abandonan el hogar con un conflicto resultante de ello y las que en su nueva posición modifican su forma de enfrentamiento al stress de la vida y su comportamiento social siendo más agresivas y con más conflictos conyugales que el resto de la población, Lara Tapia H., Lara Tapia L. (1974).

Por su parte Díaz Guerrero (1972) en su libro sobre Psicología del Mexicano, hace mención antes que nada de dos papeles predominantes en el seno familiar; la absoluta autoridad del padre y la completa sumisión de la madre. Es ésta una dualidad a la que a cada momento se ha enfrentado la mujer con respecto a su posición dentro de nuestra sociedad.

Y empleando su diseño original en que comparó poblaciones de enfermos mentales contra sujetos "mentalmente sanos" se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mostrando una vez más que el grupo psicopatológico manifiesta mayor conflicto en la observancia o rechazo de las premisas de componentes básicos dados por el sexo, como es la aceptación de la virginidad, el respeto a los padres, la aceptación indiscriminada del número de hijos, la necesidad de más agresividad o pasividad en la mujer y el nivel de confianza en ésta misma. Siendo esto más marcado en los grupos de provincia — en comparación de la ciudad.

En lo que se refiere a la edad se ha insistido en que es la adolescencia (Kimble y James 1975) el tiempo en el cual se incuban con mayor frecuencia cualquier problema neurótico llegando a agudizarse por la presentación de cualquier situación ambiental como puede ser la maternidad, el matrimonio o la pérdida de algún ser querido.

Si nos referimos ahora a problemas metabólicos debemos insistir en los factores menstruales estudiados por Lara Tapia, Ramirez de Lara y Espinosa García en donde se hace notar la gran influencia que tiene sobre la mujer la llegada de su "regla" en donde encontramos una alteración en diferentes aspectos como son el carácter, la sensibilidad, aspectos físicos (cefaléas, espasmos, dolores generales) y de conducta en general.

Posteriormente analizando la posible influencia de variables sociales dentro de la psicopatología y sus componentes biológicos distintivos, Ramirez de Lara (1972) y Lara Tapia y col. (1975) — encontraron que las mujeres neuróticas difieren sintomáticamente en sus componentes menstruales de las "sanas" correlacionándose con un factor psiquiátrico formado por depresión, ansiedad e histeria básicamente, así mismo se vio que el síndrome de tensión premenstrual da lugar a una gran frecuencia de internamientos reportado en hospitalización psiquiátrica en donde se correlacionó alteraciones a este nivel en "enfermas mentales y enfermas ginecológicas" demostrando que son similares mencionándose como causas principales la retención de agua, dismenorrea a nivel suprarrenal y ovárico fundamentalmente.

En cuanto a aspectos psicofisiológicos el mismo grupo de enfermas mostró elevados índices de tensión muscular detectados electromiográficamente y radiológicamente. También se anotan alteraciones patognómicas de éstos estados en correlación elevada ($p < .001$) con el tiempo de evolución, stressor cotidiano así como los índices de depresión e histeria encontrados clínicamente.

Como podemos ver, independientemente , del marco de referencia tomado en cada una de éstas investigaciones los elementos comunes son: depresión, ansiedad y rasgos histéricos en cada una de las muestras.

Hemos planteado las causas que pueden desencadenar una neurosis, pero ahora hemos de anlaizar más detenidamente lo que se refiere a las razones aparentes para la presentación de un problema depresivo e histérico.

Mayer Gross, Slater y Roth (1955) llevaron a cabo un estudio muy importante a nuestro parecer y que ha dejado claro que la enfermedad depresiva no puede tener una función adaptativa y es ésta una oportunidad grande para lograr una comparación con la histeria que es sin duda alguna un mecanismo por el que se busca controlar al medio que rodea (Ey, Kretschmer etc.). Por tanto los stresses de la situación ambiental que refieren los pacientes pueden ser relacionados claramente con sus historias familiares y con melancolías ocultas (Lindemaun 1944). Esto es también afirmado por Mayer Gross (1955) - y Kiloh y Garside (1963) en donde insisten en que la depresión reactiva y endogena dependen de la minuciosa evaluación de la historia familiar.

En lo que se refiere a la reacción histérica, las diferentes investigaciones se han basado en que son problemas físicos los que aquejan al paciente histérico (Kimble y James, Williams, Agras 1975). Por su parte Martínez E. y Lara Tapia correlacionando potenciales de tetania, disminución de niveles de calcio sérico así como índices de depresión elevados con ansiedad importante, afirman ésta teoría de acuerdo a registros electrofisiológicos y radiológicos llevados a cabo.

Un factor muy importante y que no debemos pasar por alto es la predisposición en cuanto a personalidad la cual puede estar dada por rasgos neuróticos previos en los padres que necesariamente desarrollaran en los hijos un campo fértil para la presentación de cualquier problema de éste tipo.

Finalmente nos parece importante insistir en la incidencia en cuanto a sexo, factor que pudimos comprobar durante los ocho meses de trabajo en el hospital observando un hombre por cada diez mujeres, claro en lo que a histeria se refiere porque si se tratara de depresión es mucho más frecuente su aparición en el sexo masculino - durante la época involutiva.

REACCIONES DEPRESIVAS

Son muchas las clasificaciones que se han realizado sobre depresión. Se ha hablado de depresión endógena o psicótica o de—
presión reactiva o neurótica. Kendell (1976) cita a: Hamilton y
Whites (1959) y Kiloh y Garside (1963).

Si nos hacemos la pregunta de:

¿cuales han sido las razones
principales por las que los investigadores se han interesado en -
estudiar la depresión?

La respuesta sería, que el sujeto pierde la mayor parte de
su capacidad por la fuerte inhibición que experimenta para el desa
rrollo de su potencial.

¿que debemos entender por de
presión?

Es un estado emocional en el que se ha producido un cambio
notable debido a alteraciones metabólicas (catecolaminas) que en—
frentan al sujeto a un estado de stress y angustia hasta el extre
mo de obligarlo a aislarse del mundo que le rodea, haciendo inclusi
ve que peligre su vida, o la de quienes le rodean (cuando la ansie
dad es alta). Estas alteraciones se caracterizan por lentifica—
ción a nivel motor, de pensamiento y humor, Kendell (1976).

Los cambios de humor en donde se refleja el gusto, la tris
teza, la alegría o el decaimiento son normales en todo ser humano.
Pero es el exceso en cualquier sentido el que preocupa a los médi
cos y psicólogos y nos hace pensar detenidamente entre ambas reac
ciones neuróticas.

Se sabe también, que la depresión es un síntoma que puede -
presentarse en muchas enfermedades, tanto físicas como psiquiátricas
en forma secundaria. Podrá ser un sentimiento normal cuyas carac
terísticas serán penas y lamentaciones, pero puede alcanzar una im
portancia tal que lleve al sujeto a una necesaria hospitalización.

Es la distinción de la reacción normal y la depresión pato
lógica la que trataremos de analizar en éste breve resumen.

DIFERENTES CLASES DE DEPRESION

A éste respecto se ha hecho mucho por diferenciar entre el
fronterizo, psicótico y neurótico. Ya Meyer y Kraepelin (1948) se --

encontraban confusos en lo que a ésto se refería (cita Kendell - 1976).

Hay tres clases de depresiones principales en las que podemos incluir todas las demás:

1.- Depresión Reactiva

2.- Depresión Neurótica

3.- Depresión Psicótica

Describiremos sólo las dos primeras por ser parte de nuestro tema de tesis, considerando además que sindromáticamente todas son similares.

DEPRESION REACTIVA

Se le define así a las diferentes reacciones (de aquí el nombre) del sujeto al enfrentarse a un estado de pérdida, acontecimiento doloroso o alguna situación penosa vital.

Esta depresión está considerada como normal. Porque es como dijimos antes, la reacción ante algún acontecimiento desencadenante. Puede ser la muerte de algún familiar querido, pérdida de dinero o de algún afecto. Hay quienes no encuentran diferencia entre la depresión neurótica y la reactiva. Por ejemplo los psicoanalistas dicen que es la misma, ya que la personalidad es siempre neurótica, pero su estado depresivo se debe a una reacción consecuente de algún problema. Otros autores en cambio consideran que la personalidad es la base de reacción ante la depresión y reservan la denominación de neurótica para los estados depresivos que aparecen en personalidades neuróticas aparentes (histéricos, hipocondriacos y obsesivos).

Para poder detectar depresión es necesario ver si cubre ciertos requisitos:

1.- Debe aparecer en estrecha relación con el trauma psicológico. Siendo por tanto comprensible a la gente que le rodea.

2.- Que el acontecimiento del tema doloroso (temor, vergüenza, desesperación, arrepentimiento, remordimiento y nostalgia) permanezca en relación con el acontecimiento

que originó el estado depresivo.

3.- La sintomatología podrá variar en función de las condiciones externas, siendo su evolución, por lo menos en forma parcial, dependiente de las modificaciones del medio ambiente.

Es muy difícil delinear los límites entre depresión reactiva y neurótica, aunque los sentimientos que expresa el sujeto son accesibles a cualquiera en cuanto a entender la angustia normal. Es por tanto insensible el paso de ésta angustia, que responde a la situación externa de decepción y dificultad a la reacción depresiva patológica. Aquí la depresión no es patológica, por intensa que sea, tampoco la forma en que se expresa, tomando en cuenta las variaciones raciales y culturales de luto mencionadas por Lempriere (1976). Pero si podemos considerar como patológica la angustia y la tristeza que llega a invalidar al sujeto hasta el punto de absorberlo completamente e inmovilizarlo.

La presencia de ésta depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre y puede aparecer aproximadamente entre los 16 y 30 años. La duración media varía de acuerdo a la edad, siendo menor el tiempo en los sujetos jóvenes ya que no llegará a un mes, no así en los mayores en donde el tiempo aumentará notablemente.

ACONTECIMIENTOS DESENCADENANTES

Antes dijimos que son varias las causas que pueden producir una depresión, pero las principales según la Dra. Lempriere se mencionan a continuación:

- 1.- Pérdida de un ser querido
 - a) reacción de luto
 - b) alejamiento, ausencia, casamiento
 - c) enfermedad física o mental de algún ser querido.

- 2.- Fracaso de relación interpersonal
 - a) abandono afectivo (ruptura, divorcio)
 - B) devaluación del cónyuge (mediocridad mala conducta, fracaso, etilismo)

- 3.- Dificultades de orden profesional o financiero.
 - a) cualquier acontecimiento que afecte

el prestigio moral del sujeto social.

4.- Derrumbe de un ideal colectivo
a) religioso, social, político

5.- Situaciones de extrañamiento o soledad .

a) nostalgia de exiliados
b) provincianos que llegan a la ciudad

También es importante aclarar que las causas varían de acuerdo al sexo, por lo tanto tenemos que las más comunes a hombres y mujeres son:

H O M B R E S

problemas financieros
problemas profesionales
crisis sentimentales

M U J E R E S

crisis sentimentales y conyugales
duelo, soledad
extrañamiento

La reacción depresiva depende también de varios factores - como son:

- 1.- edad del sujeto
- 2.- constitución física
- 3.- carácter
- 4.- modo actual de vida
- 5.- experiencias en el curso de la vida

Es posible, dice la misma autora, encontrar "recaidas de aniversario". O sea que el sujeto se muestra en la fecha cercana al aniversario del desenlace nuevamente triste y deprimido, aunque en forma menor que la inicial. Es en el 10 a 20 % de estos casos que la evolución de la depresión (reactiva) es lenta llegándose a prolongar por meses o años, principalmente por luto. Es también necesario aclarar que el acontecimiento doloroso es más patógeno cuando se presenta de una manera inesperada, (muerte súbita de un ser querido). Hay una depresión que fluctúa entre la reactiva y la neurótica y se le conoce como depresión por agotamiento, la que se describe como: - "un estado disfórico de tristeza y de apatía que aparece en sujetos sometidos a una tensión emocional prolongada o a traumas afectivos repentinos, y repetidos.

Es posible por tanto que si a un sujeto se le precipitan - problemas familiares, de trabajo, de relación etc. cualquier acontecimiento posterior desencadene su estado depresivo de tipo grave. Es to es muy común encontrarlo en hombres con grandes responsabilidades, ambiciosos y perfeccionistas. En lo que a mujeres se refiere - Kielholz (1959, cita Lemperiere), dice que el ama de casa la presenta con frecuencia, ya que asume sin ninguna duda los quehaceres domésticos o sus actividades profesionales, agotamiento tanto más patógeno porque su trabajo exterior no responde a ninguna aspiración personal sino a necesidades económicas. Esto es también mencionado por Lara Tapia y col. en un estudio sobre Hospitalización Psiquiátrica (1976) y por Ramírez de Lara y col. (1972) quienes corroboraron la mayor frecuencia en los casos psiquiátricos, dentro de un sistema de seguridad social. Ella habla de que a menos escolaridad, menos ingresos y como consecuencia menos oportunidades de reducir el stress de vida en períodos como son las vacaciones o días de descanso, siendo imposible su traslado al campo o a cualquier otro lugar de recreo.

E V O L U C I O N

a) Se presenta un bloqueo de los procesos vitales orientados hacia el exterior. Desmayos, estados estuporosos, apatías.

b) Crisis emotivas incoherentes:

angustia
rabia
cólera

c) Regreso a actitudes infantiles:

sumisión pasiva
dependencia total
conducta de desesperación

d) Repetición del trauma en sueños o estados de vigilia.

P R O N O S T I C O

En general es favorable. Alguien dijo "que el tiempo lo cura todo" y creemos que en éstos 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 NEUROTICA

Es una manifestación francamente depresiva debida en algunos casos a tensiones circuntanciales. Aunque hay quienes afirman que un antecedente importante de éstos enfermos (neuróticos) es que tuvieron como experiencia significativa la distancia o separación de los padres cuando chicos así como notables factores sociales deducidos de las historias familiares durante los tres años anteriores al internamiento (aislamiento social y dificultades de rol, 83 - depresivos contra 10 controles con una $p < .01$). La incluyen tanto - la O.M.S. como la A.P.A. en el tercer y cuarto grupo de clasificación de las enfermedades mentales (neurosis).

La depresión puede presentarse despues de una fase de maduración de algunas semanas o meses en la cual aparecen en una forma progresiva: Lempriere (1976).

- a) fatiga que se reciente penosamente
- b) astenia
- c) desaliento
- d) transtornos del sueño
- e) cefaléas

Pero ésta aparición se lleva a cabo en personalidades neuróticas aparentes como histéricos, hipocondriacos y obsesivos. Meyer Gross (1974).

Para poder entender lo que es una personalidad neurótica, daremos a continuación una definición de neurosis.

De acuerdo al DSM II (1968) es la aparición de ansiedad expresada directamente o controlada inconscientemente y automáticamente por medio de la conversión. Generalmente se producen síntomas de desasosiego en donde el paciente requiere de consuelo. Estas contrastan de las psicosis en las grandes manifestaciones que distorsionan o falsean la interpretación de la realidad. O sea una desorganización gruesa de la personalidad.

La apariencia y conducta general de la depresión puede ser

puede ser influenciada por los grados de ansiedad y agitación que le acompañen.

ACONTECIMIENTOS DESENCADENANTES

Aparte de los acontecimientos mencionados en la depresión reactiva, tenemos los antecedentes de tipo neurótico que se trataron al principio de esta sección. Es por tanto, esta depresión más fuerte y severa que la denominada como reactiva, ya que aquí si empezamos a detectar rasgos patológicos que hacen reaccionar al sujeto en ocasiones de una manera un tanto anormal, con un importante antecedente de personalidad patógena.

Esta depresión, a diferencia de la primera, afecta al organismo, su energía, funciones corporales y tiende a influenciar absolutamente toda la vida del sujeto.

Apariencia: puede ser influenciada por los grados de ansiedad y agitación que le acompañan. La postura es desgarrada y con poca fuerza muscular.

Conversación: El tono es más bajo de lo normal y agitado en ocasiones.

Actividad Motora: se encuentra reducida en general, pudiendo llegar a un estado estuporoso.

Pensamiento: se centra en sus dificultades. Es también notable su lentitud así como la dificultad para tomar decisiones.

Humor: triste, aunque puede mejorar en presencia de amigos animados, Mayer Gross (1974) disminuyendo así la tensión. Hay empeoramiento de la depresión por la noche.

Evaluación Personal: se autodescriben despectivamente y con un sentimiento de minusvalía, (afirman ser buenos para nada).

Energía: pobre con cierto decremento en las reacciones.

Pérdida de Interés: el gusto e interés por su trabajo así como las actividades de recreo decaen notablemente y este puede ser un indicio del principio de una depresión cuando los demás síntomas o manifestaciones no son obvias. Algunas veces esta pérdida

de interés se observa en la higiene y apariciencia personal.

Sueño: es muy importante y también puede ser una buena — g^ufa para distinguir entre neurosis y psicosis. Ambas tienen difi- cultades en este aspecto pero los primeros la manifiestan en no po- der conciliarlo, a diferencia de los segundos en que despiertan en cualquier momento, principalmente en la madrugada.

Socialización: está interrumpida y como consecuencia hay — falta de adaptación e irritabilidad, (Ey 1965, Mayer Gross 1974).

BASES FISIOLÓGICAS

En la depresión la regulación bioquímica del organismo — está alterada. Bien a bienno se ha podido dar una explicación exac- ta de que es lo que sucede para que se produzca éste estado de ánimo. Pero algo se puede explicar a éste respecto.

Mayer Gross (1974) refiere que el funcionamiento de las ca- tecolaminas se ve alterado. Existe elevación de la presión sangui- nea, pero el ritmo del corazón es más lento, incluyendo a los movi- mientos gástricos e intestinales, presentando como resultado consti- pación y anorexia. La piel pierde su color rosado y puede reducir se la circulación en las extremidades.

Sexualidad: se encuentra disminuida, ya que el sujeto se — siente tan desalentado que el hombre llega a presentar impotencia y la mujer alteraciones menstruales graves.

Es característico, según Lara Tapia y col. (1975) un síndrome predominante de la fase premenstrual y menstrual en donde se encuen- tran alteraciones del sueño, disminución de actividad social y labo- ral, labilidad emocional etc. Inclusive es también común encontrar depresión post - partum, depresión ansiosa y en ocasiones suicidio, Ramírez de Lara y col (1972). También se menciona la gran inciden- cia de internamientos en lo que a mujeres se refiere en éstas épo- cas. Ellas han manifestado tres estados de ánimo principales:

- 1º sensación de soledad
- 2º ansiedad o angustia
- 3º irritabilidad

DEPRESION ANSIOSA

Así como anteriormente, al hablar de depresión reactiva, in-

cluimos la depresión por agotamiento sin llegar a neurosis, ahora - es necesario mencionar la depresión ansiosa que se puede incluir - antes de la tan tratada psicosis.

El término "estado ansioso" se refiere al cuadro clínico - dominante. Siendo el cambio relativamente fijo y persistente, (afec- to, eficiencia y ajuste normal).

El sujeto se muestra tenso, ansioso y con una actitud aprehen- siva. Cannon (nota Linford 1967) ha demostrado que el mecanismo - envolvente incluye al sistema nervioso autónomo y al motor como - parte amenazante de la acción.

Los estados ansiosos, varían en severidad y duración y pue- den ser crónicos, agudos, severos y leves. Presentando:

Apariencia: tensa con fases violentas y movimientos rígidos.

Modo de Hablar: rápido, con voz fuerte (gritos y sollozos).

Humor: ansioso y aprehensivo.

Postura: tensa con dificultad para obtener relajamiento y - asustándose ante el menor estímulo.

Tensión Muscular: llega a presentarse temblor en las manos y rodillas. Algunas veces la cefalea manifestada se debe a ésta - tensión que afecta a los músculos craneales.. Inclusive una reacc- ión exagerada puede causar una completa parálisis.

Sistema Cardiovascular: hay taquicardia y palpitaciones.

Sistema Respiratorio: se presenta una respiración rápida pe- ro de tipo superficial, con suspiros frecuentes.

Sistema Gastrointestinal: la secreción de saliva se disminu- ye manifestando sequedad de la boca, náuseas, dispepsias, constipación o despeños diarreicos e hipertomía muscular. Es probable que la an- siedad haga que el sujeto coma en una forma compulsiva.

FACTORES PREDISPONENTES

Fue demostrado en la segunda guerra mundial, que la constitu- ción de la persona determinaba el grado de stress del medio ambien- te, incluyendo factores genéticos.

1.- Predisposición a derrumbarse: está determinada por la

personalidad y estabilidad emocional o por mecanismos neuroendócrinos importantes, (sensible, tímido, inestable, aprensivo). Con personalidad introvertida.

Es en éste estado depresivo cuando se incrementa el peligro de suicidio. Ya que de acuerdo al gran montante de ansiedad Belsasso y Lara Tapia (1974), demostraron que sí se proporciona actividad motora para desarrollar la conducta anormal de suicidio, atentando contra su vida por el estado de excitación y angustia (raptus ansioso).

Datos de Personalidades Suicidas:

Edad: madura joven

Sexo: principalmente femenino

Escolaridad: secundaria

Razón: problemas afectivos

2.- Factores Endócrinos: El ajuste o desajuste que sufre el cuerpo en las diferentes etapas de desarrollo, tienen mucho que ver con el sistema endócrino. Por ejemplo: el balance hormonal en la pubertad y desarrollo, así como la aparición de la menopausia, producen en el sujeto (en éste caso mujer) un gran montante de ansiedad manifestado por labilidad emocional o un síndrome de tensión premenstrual, (mencionado anteriormente). En lo que se refiere al hombre, generalmente se observa durante el climaterio.

P R O N O S T I C O

Dependerá de los factores predisponentes de personalidad del sujeto, tomando en cuenta su historia familiar y personal pasada.

Es muy importante también no perder de vista el rol que juegan los factores orgánicos y endócrinos y finalmente la gravedad natural del stress.

H I S T E R I A

Definir lo que se entiende por histeria es una labor bastante difícil, de acuerdo al diagnóstico múltiple que surge en esta enfermedad.

Muchos estudiosos (nota Kimble, 1975), han estado de acuerdo en lo impreciso que es el término histeria. Kretschmer (1958), en su libro "Histeria Reflejo e Instinto", la define "como una acción instintiva que se produce de un modo totalmente esquemático, sin adaptación precisa a la situación especial del individuo con una adaptación motora que a menudo puede carecer de sentido y agotarse sin éxito o hasta con resultados perjudiciales".

Ey dice que ésta neurosis, "se caracteriza por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los efectos inconcientes".

Petrov y Fedetov, consideran una etiología de base orgánica sobre un sistema nervioso débil en donde inciden factores emocionales.

Mayer Gross, Slater y Roth, estiman que, "las neurosis están determinadas por la interacción de factores constitucionales y por el medio ambiente, situando a la histeria entre los trastornos más superficiales".

Celani (1976), concluye que la histeria es un "estilo interpersonal relativamente específico que resulta de la cultura, y de las influencias sociales o interpersonales", (Díaz Guerrero 1970).

Tomando en cuenta las definiciones anteriores, la histeria incluiría una serie de manifestaciones físicas y psíquicas, debidas en gran parte a factores constitucionales, así como a factores culturales, que obligan a la persona a actuar de manera desusada o poco aceptada por el medio que le rodea, caracterizándole su tendencia a manipular el ambiente, mediante varios síntomas y actitudes que analizaremos a continuación.

DIFERENTES CLASES DE HISTERIA

Es también válido el decir al igual que en la depresión, que

son varias las divisiones que se han dado para las reacciones histéricas; pero son dos las más importantes y características en que se divide ésta neurosis.

a) Reacción histérica (Sulter Scotto y Bluemen 1968).

b) Neurosis histérica que se divide en:

disociativa

conversiva

REACCION HISTERICA

Si hemos de tomar en cuenta que en todo problema histérico hay fallas y **desajustes** en cuanto a personalidad, he aquí una gran **diferencia que existe** entre la reacción histérica pura y la neurosis histérica.

En la reacción histérica se hace referencia a una "personalidad normal" con rasgos histéricos. Pueden ~~observarse~~ observarse en ocasiones, traumatismos, emocionales muy violentos y prolongados que son hiperemotivos. O sea, que puede ser considerada como una reacción a cualquier problema surgido pero que desaparecerá en cuanto ~~pase~~ pase el tiempo. La sintomatología histérica en éstos casos es la depresión y ansiedad, pero que se hará presente de una manera aislada no común.

Petrov y Fedetov, señalan la ocurrencia de síntomas histéricos en personas normales, durante épocas de inmadurez del sistema nervioso o cuando algún trastorno orgánico afecta las áreas de gobierno emocional, así como cuando se enfrenta con circunstancias de tensión emocional.

La misma persona visualizará sus problemas y reacciones, sintiéndose extrañada de su conducta, pero quizá la más importante es que controlará la situación y es posible que nunca más vuelva a surgir. La ansiedad en éste caso será lógica y estará en función del trauma, o sea que podrá contenerla al igual que la depresión, ya que no pasará de ser momentánea y superada en cuanto desaparezca el problema como dijimos antes. Aquí el sujeto no tratará de manipular el medio sino que lo único que buscará es calmar su angustia y tristeza (poco comunes en él) como formas de reacción.

Esta reacción puede ir aunada a diferentes enfermedades o situaciones como:

alguna intervención quirúrgica
• un simple catarro
arteroesclerosis
tumores, etc.

Su tiempo de incubación es corto y su pronóstico no tiene ningún problema, siendo favorable en todos sentidos.

NEUROSIS HISTERICA

Es una enfermedad crónica en donde las manifestaciones — más características son generalmente transitorias (Sutter, Scotto y Blumen 1968). Presentándose cierta pérdida o desorden de funciones, (DSM II, 1968) los síntomas que caracterizan el principio y fin son situaciones con carga emocional y simbólica de conflictos ocultos.

¿ Cuáles son las causas que la pueden desencadenar?

Hemos mencionado también que la histeria tiene un gran determinante cultural (Slavney 1974, 75, Díaz Guerrero 1975; Celani 1976) **de aquí que su incubación se lleve a cabo desde la infancia y permanezca latente durante varios años, apareciendo durante la adolescencia o pubertad.**

Hollender (1971), encontró que el momento crucial para el desarrollo de la histeria, fué la necesidad que día a día tuvo el niño (a) de autoacercamiento y atención con la madre. Así mismo vió que el padre fungió como una madre substituta y guardando una relación de seductividad de la hija hacia el padre, se determinó — su conducta y aprendió a ser provocativa con la única idea de obtener la atención y el afecto de los hombres.

Puede surgir también por fuertes emociones, por alguna exaltación colectiva, por el matrimonio, por la maternidad o por algún accidente.

Existe una causa que es también muy importante y en la cual hacen hincapié varios autores (Linford 1967; Celani 1976, Mc Hugh — 1975) y se refiere a problemas de tipo sexual. Ya los Egipcios — mencionaban esto y decían que era necesario para su cura "fumigar la vagina". Charcot (nota Pichot, 1968) y posteriormente Freud —

(nota Hollender 1965) afirman que existe un gran desajuste a este nivel en pacientes histéricas.

Conocemos dos clases de esta neurosis:

- a) tipo disociativo
- b) tipo conversivo

Shneider en 1913 (cita Pichot), fué quizá el primero en señalar esta división, afirmando que el adjetivo "histérico" se debía utilizar, para calificar una enfermedad que presenta síntomas de conversión o disociativos, cuando las condiciones de aparición son aparentemente espontáneas o manifiestamente reaccionales (Linford 1967, DSM II 1968, Noyes y Kolb 1970).

Kretschmer afirmó que la reacción histérica " es cuando se producen tendencias poderosas de una persona, especialmente m-
instintivas que se ven perturbadas en su desarrollo sin que la personalidad superior consiga equilibrarlas ni elaborarlas".

¿ Que es la histeria disociativa?

Es una alteración que se presenta en el sujeto, debido a la sobrecarga de angustia que obliga a la personalidad a disociar algunas funciones, creando una desorganización que lo gobierna por completo, sin llegar a perder su identidad (DSM II) con poca o ninguna participación de su personalidad consciente haciendo lo parecer en ocasiones como psicótico, (Noyes y Kolb).

Al igual que la depresión hay causas principales que pueden desencadenar una histeria de acuerdo al sexo, (Sutter, Scotto y Blumen 1968).

M U J E R	conflictos en esfera afectiva conflictos en esfera sexual
H O M B R E	situación stressante (guerra) circunstancias socio profesionales búsqueda de fama

Aunque al mencionar la palabra histeria, inmediatamente nos viene a la mente una figura femenina, siendo lógico y natural

ya que es mucho más común encontrarla en las mujeres, no por esto, no existe en el hombre. En éste puede estar asociado a rasgos de desequilibrio psíquico como consecuencia de una neurosis. Su inestabilidad suele agravarse durante la adolescencia presentándose fugas, delincuencia menor, deserción de empleos y naturalmente - son personas que nunca funcionarán en un ambiente militar.

Manifiestan poca capacidad para enfrentar la realidad, reacciones de pánico, etilismo, intentos suicidas, etc.

Su personalidad es definida como pasiva-dependiente, son personas inmaduras, sensibles y con mal control de sus emociones. Fueron dependientes de la madre y posteriormente de la esposa que tiene que asumir un rol maternal y protector, particularmente en las crisis ansiosas y fóbicas. En algunos casos mantiene relaciones homosexuales.

Crisis que se pueden presentar:

Prodromo Histérico o Crisis Sincopal: Desequilibrio neurovegetativo que se presenta como una reacción a una situación stressante que puede ser interna o externa, experimentando mareo y obscurecimiento de la vista, cayendo poco a poco (con sollozos) y perdiendo la consciencia brevemente. Al recuperarse de la crisis, el sujeto manifiesta recordarlo todo y experimenta una gran sensación de fatiga. El EEG no sufre modificación.

Amnesia: Esta puede cubrir un período largo o corto de la vida del individuo y puede estar o no asociada con pérdida de la identidad. Ocurre usualmente para escapar de una ansiedad intolerable y de un exceso de stress relacionado con una dificultad o situación problemática en donde el sujeto se encuentra a sí mismo.

La amnesia es en algunos casos una defensa ante algunos hechos delictuosos. Un ejemplo muy claro de esto fue la "epidemia de amnesias" durante la segunda guerra mundial (Linford 1967) en donde se notó que durante algún tiempo los soldados perdían la memoria, olvidando así el acontecimiento desagradable, (amnesia lacunar).

Sonambulismo: debe ser entendido como un automatismo ambulatorio. O sea que el sujeto se levanta durante la noche y camina de manera normal como si estuviera despierto.

Estados Crepusculares o de Fuga: se refiere a una disociación selectiva de una serie de elementos desagradables o peligrosos. Que van desde ligera desorientación en el ambiente hasta estados crepusculares típicos que se pueden manifestar como distracción o estado hipnótico. Son de principio y terminación brusca.

Estados de Ensoñación: existe una cierta modificación de conciencia. Los sujetos refieren sentir como si el medio ambiente se fuera alejando y se distanciaban suavemente de él. Los objetos aparecen cada vez más pequeños y lejanos. Les invade una gran pereza que no les permite moverse. Pero quizá lo más importante de este estado es el que al principio se producen en forma espontánea pero después sean producidos por el mismo sujeto.

Síndrome de Ganser: o respuesta de lado. Se le denominó así porque fue Ganser en 1904 quien observó que los sujetos presentaban una conducta pueril y bizarra, respondiendo a preguntas con respuestas erróneas pero que demuestran que han comprendido, (para respuestas). Es común encontrarla en personas encarceladas que remiten cuando han sido sentenciadas.

Disgregación Esquizofrénica: entre los que se incluyen los delirios de influencia y los de despersonalización.

Delirios de Influencia: también conocidos como estados de trance. Son parecidos a los estados crepusculares pero se diferencian en las condiciones ambientales en que se desarrollan; es muy común que se produzcan durante ceremonias o festejos de contenido mágico o religioso en donde manifiestan "estar poseídos".

Personalidad Múltiple o Despersonalización: es un déficit en la integración informativa que hace creer al sujeto que es dos o más personas distintas que pueden comunicarse entre sí. Y es de hecho un mecanismo para culpar a otros de los errores propios.

En lo que a despersonalización se refiere el sujeto comienza a sentir una brusca transformación no física sino cenestésica vivenciándose como si fuera otro.

Crisis Catalépticas o Estuporosas: éstas crisis se presentan en sujetos que tienen antecedentes histéricos. Surgen después de una situación traumatizante o de un período difícil. Aquí el

sujeto no habla y se mantiene inmóvil, cuando el caso es profundo, hay alteraciones del ritmo biológico, del tono muscular (aumento o disminución) y una gran actividad imaginativa dada por la gran cantidad de fantasía. No hay desconexión total del medio pero la conciencia permanece en un estado oniroide.

Crisis de Cataplexia: aquí el sujeto pierde bruscamente el tono muscular y cae, casi no hay pérdida de conciencia y se producen por lo general durante ataques de risa o emociones fuertes. Para poder comprobar que se trata de ésta crisis se recomienda un EEG. Hay hipotomía, hipotensión y disminución del metabolismo.

¿En que consiste la histeria conversiva?

Es la afección del sistema nervioso voluntario, causando diversas alteraciones a nivel motor, sensorial y sensorioespacial. Por lo que la persona muestra una gran carencia a nivel emocional, conociéndosele como "belle indifference" a su reacción ante la estimulación del medio.

Consiste en la actitud adoptada ante un síntoma que es aceptado sin preocupación y tranquilidad aparente pasando toda su angustia o situación stressante al organismo, (convierte).

Esta reacción, conocida también como hipobúlica y que Kretschmer (1958) definió como "la falta de interés determinada patológicamente", es una característica muy importante de la "explosión histérica". Estos síntomas según Castro (1975) "suelen representar simbólicamente el conflicto que los originó". Por lo general reportan algún beneficio secundario al paciente.

¿ Que aspectos abarcan los diferentes niveles de ésta h i s t e r i a ?

- a) Motor: parálisis, temblores, problemas en la marcha
- b) Sensorial General: anestesia, parestesia, hiperalgias y dolores
- c) Sensorio-espacial: dificultades visuales, sordera, pérdida del gusto o del olor.

Todos los síntomas fueron analizados por Perley y Guze - (1962) reafirmando los y demostrando los en su escala.

- a) Motor: Son conocidas como parálisis funcionales (Ey).

La parálisis consiste en la imposibilidad de realizar un movimiento o grupo de movimientos coordinados por una misma significación funcional. Puede ser de un miembro o de otras partes del cuerpo y se dividen en:

Sistemáticas (no afectan todos los movimientos de un miembro) y se traducen en dificultades en la marcha o atasia y abasia Ljunberg 1957 (nota Ey) afirmó que "era la manifestación histérica más frecuente que consiste en una dificultad en la marcha que se manifiesta por la incapacidad del sujeto de caminar sobre una línea recta debido a su pérdida de equilibrio".

También esta marcha se ha conocido como bizarra y se le da el nombre como una debilidad que manifiesta el paciente cuando se le indica que contraiga los músculos de algún miembro.

Localizadas, afectan todo el miembro. Temblores, se presentan después de una situación stressante brutal (impresión, guerra, etc) que produce terror, miedo, cólera, celos, excitación sexual, accidentes etc. Es una especie de barrera protectora de sus reacciones instintivas de huida y defensa.

Tics, Noyes y Kolb (1970) los definieron como una serie de movimientos involuntarios y aparentemente sin propósito, de músculos conectados entre sí.

b) Sensorial general: el síntoma histérico más común que afecta a la sensación general es la anestesia.

1.- Anestesia: cuando hablamos de ella inmediatamente pensamos en una situación onírica que afecta la conducta. Por lo que debemos aclarar que no es a lo que nos referimos, sino a la desensibilización de alguna parte del cuerpo (cara, tronco, etc.), comúnmente conocidas como hemiplejias. Babinsky (nota Sutter) diferenció a la histérica de la orgánica.

2.- Parestesia: se le define como la percepción sin estímulos. Esto es, que no habiendo causa aparente, se refiere en los miembros preferentemente pinchazos, frío, calor, hormigueo o adormecimiento sin causa real.

3.- Hiperalgias: se refiere a la exageración de sensibilidad en lo que se relaciona con dolor, resintiéndolo más bruscamente que el resto de las personas.

4.- Dolores: Perley y Guze en 1962 hicieron una gran aporte

tación con su registro sobre histeria, elaborando una lista en donde se incluyen los dolores que el paciente histerico resistente con más frecuencia siendo:

dolor en el pecho
dolor en el estomago
dolor en la espalda
dolor en las articulaciones
dolor en las extremidades
dolor en los órganos sexuales

c) Sensorio espacial: y se refiere a problemas relacionados con los sentidos.

1.- problemas de la visión
2.- sordera
3.- anosmia o pérdida del olfato
4.- pérdida del gusto
5.- afonía llegando al cuchicheo

1.- Problemas de la visión: la ceguera es de los más comunes, su duración es relativamente corta surgiendo despues de una situación sumamente desagradable. También hay quienes reportan tener manchas en la visión.

Enseguida tenemos a las ilusiones, a quienes muchos autores identifican con las alucinaciones. Pero la ilusión no es más que la distorsión de la visión, de acuerdo a la situación emocional y teniendo como estímulo provocador un objeto real. Se sabe de antemano que en las alucinaciones no existe estímulo alguno.

2,3,4.- La sordera, anosmia y pérdida del gusto: guardan las mismas características que los problemas de la visión. Podemos citar algunos ejemplos como la presencia de miopía que puede estar determinada por el desarrollo de un síntoma histerico en una cierta situación traumatizante cuando el stress es lo suficientemente severo, también la sordera que puede ser propiciada por problemas del sujeto pudiendo ocasionarle dificultades a nivel profesional (Linford 1967) cita el caso de una telefonista cuyos problemas estaban determinando el deseo de no oír.

5.- En lo que respecta a afonía el sujeto va perdiendo la voz poco a poco hasta llegar a comunicarse por medio del cuchicheo, (no querer hablar fuerte). Hay una variante que nos parece muy im

portante y quisieramos incluir aqui, nos referimos al hecho de que las pacientes afirmen haber perdido el habla y su único medio de comunicación posible sea por escrito. O sea que se llega a presentar una negación tan clara y rotunda a evitar cualquier sonido, que a no ser por medio de lápiz y papel o a señas no se puede entablar ninguna relación. Su duración puede variar de unos días hasta semanas completas.

Otros grupos a los que hacen referencia Perley y Guze que deben incluirse de acuerdo a su gran importancia como síntomas que siempre se hacen presentes en lo que a conversión se refiere son:

El relacionado con trastornos viscerales caracterizado por la presencia de :

algias: dolor de alguna región, sin modificación física apreciable.

: anorexia: y como consecuencia pérdida de peso o marcados cambios en éste mismo.

bolo faringeo: traducido como la sensación de tener algo en la garganta, llegando inclusive a la imposibilidad de tragar.

nausea y vomito: ante la intolerancia de ciertos alimentos o durante el embarazo (hiperemesis gravídica).

constipación y diarrea: éste puede ser también uno de los síntomas característicos de la histeria ya sea un extremo o el otro y principalmente durante épocas difíciles y angustiantes. A éste respecto Kretschmer hizo mención de los "despeños diarréicos".

Trastornos de Tipo Sexual: antes hicimos mención de que si alguna area se encuentra dañada en el sujeto histérico es la sexual ya que sus relaciones serán siempre superficiales con la persona a que se encuentren unidas y raramente llegaran a experimentar satisfacción sexual, (Slavney y Mc. Hugh 1974, Celani 1976, Blinder nota Slavney 1966). Se incluyen desórdenes a nivel menstrual como son:

dismenorrea
amenorrea
hipermenorrea

así como:

indiferencia sexual
frigidéz
dispaurenia
ciésis (embarazo histérico)

en donde como producto de los deseos y fantasías de la paciente se produce un aumento de volumen del abdomen, amenorrea, vómitos, y otros signos característicos del embarazo. Con lo cual se llega a creer que realmente se encuentra embarazada, hasta que se descubre algunas veces bastante tarde que no existe tal. En el hombre presenta características diferentes como la experimentación de nauseas y vómito.

Histeria de Angustia

El exceso de ansiedad puede llegar a causar una conducta patológica y de hecho es la raíz de la mayoría de las neurosis. Es vivenciada como inseguridad, conflicto de culpa e inclusive un gran desasosiego interior (Ey 1965).

Davis (1966) afirma que la actividad psíquica que sigue a las experiencias traumáticas son períodos de represión intensa - de repetición de la conducta e inclusive de prácticas en forma - compulsiva. Es importante considerar por tanto que la mayoría - de los stressores de la vida común psiquiátrica son considerable - mente más prolongados e intensos que los empleados experimental - mente y que las respuestas de ansiedad de los sujetos normales - ante el stress (exámenes escolares, intervenciones quirúrgicas, - etc.) ocurren brevemente y no se igualan al caso de las enferme - dades mentales como son la histeria, obsesiones, reacciones socio - páticas, alcoholismo o esquizofrenia, (Pitts 1971).

Es por ésto que se pueden incluir aquí las fobias. Las - que podemos definir como un miedo excesivo e injustificado produ - cido por objetos y situaciones que obligan al sujeto a evitar - contactos temidos, reconociendo que es irrazonable, pero a los cua - les no se puede sobreponer. Las fobias son características según Noyes y Kolb (1970) a la niñez y se traducen como miedo a las - alturas, obscuridad o animales. Cuando sobrepasan ésta edad y no desaparecen durante toda la vida es común encontrarlas en suje - tos histéricos en forma de desasosiego interior, conflictos de - culpabilidad e inseguridad que llegan a hacer erupción, ligándose a una idea fija o situación patógena, claro, a no ser también por -

que se observan en la obsesión y compulsión en donde llega a manifestarse como una especie de ritual.

Depresión en Histeria

Hemos querido dejar este aspecto hasta el final ya que nos parece sumamente importante y estrechamente relacionado con el tema de esta tesis. De acuerdo a que todas las personas que se han interesado en estudiar a la histeria se han referido a una gran cantidad de síntomas, pero realmente son pocos los que se han detenido a pensar en lo importante que es la depresión en histeria, es que hemos pretendido darle un enfoque amplio.

Sydenham en el siglo XVIII (nota Pichot 1968) afirmó que la histeria era una enfermedad mental que constaba de manifestaciones psíquicas entre las cuales se debía incluir la depresión.

Por su parte Castro López en 1975 explica que el sujeto histérico se deprime presentando tristeza, llanto, sueño, intranquilidad o insomnio aparte de otros problemas de tipo metabólico que les sirve de defensa contra una depresión profunda y que trata de ocultar con su teatralidad característica.

¿ Como es que se demuestra ésta de presión en el sujeto histérico?

El síntoma característico y de un alto grado de peligro es el intento suicida. Muchos podrán pensar que no es posible tomar en serio una amenaza de suicidio de un sujeto histérico, pero las investigaciones llevadas a cabo por varios interesados en el tema nos hacen palpar el problema que no tiene nada de ficticio y sí mucho de real.

Fan y col. (nota Sutter) vieron en 300 estudiantes que los síntomas de tipo histérico más frecuentes eran crisis nerviosas, agitación y abasia, así como problemas de función sexual. Dominando la inhibición intelectual, manifestaciones ansiosas, fobias, depresiones e intentos suicidas, (Luisada y col 1974) (Lara Tapia y Martínez E. 1975).

Por su parte Slavney y Mc. Hugh (1974) en su investigación con un grupo de pacientes psiquiátricas con diagnóstico de personalidad histérica de acuerdo al DSM II en comparación con un grupo -

control, concluyeron que el grupo experimental que estaba formado por mujeres difiere significativamente de las controles de una manera severa especialmente en la ocurrencia de síntomas depresivos.

El intento suicida en la depresión reactiva analizado en las historias clínicas se caracterizó por situaciones médicas, como intervenciones quirúrgicas, una alta incidencia de alcoholismo en parientes cercanos, dismenorrea severa, actitud de inhibición hacia el sexo opuesto así como una relación interpersonal insatisfactoria especialmente con los padres y esposos. Siendo la principal razón para la admisión el intento suicida, que en el grupo control fue 16 % y 52 % en el experimental con una $p < .01$.

Bibb y Guze (1972) reportaron que una serie retrospectiva y consecutiva de mujeres pacientes con el síndrome de Briquet un 80 % de los casos presentaron depresión así como sufrimiento por un problema afectivo y el 20 % había tenido un intento suicida en su historia psiquiátrica.

En 1975 nuevamente Slavney y Mc Hugh en su artículo sobre personalidad histérica afirman que la depresión tiene un mayor riesgo en pacientes diagnosticadas con personalidad histérica ya que dicho sentimiento es genuinamente experimentado y el reconocimiento de su potencial para la depresión puede ser más claramente reconocido en las definiciones del diagnóstico.

Histeria asociada a otras enfermedades

Al principio mencionamos que la histeria puede aparecer asociada a otras enfermedades siendo posible su confusión y dando lugar a un diagnóstico equivocado. Por tanto podemos mencionar varias clases entre las que están:

Histeria-epilepsia

Es muy importante considerar la coincidencia que existe entre los paroxismos epilépticos y las crisis de tipo histérico pero claro está, existen reglas que nos pueden servir para afirmar o descartar cualquiera de los diagnósticos.

Periodo epileptoide

La primera regla según Sutter, Scotto y Bleumen es que el histérico presenta una afasia, que de ninguna manera le llevará a la tumba. La duración de su crisis se podrá detener por la compresión ovárica o la aplicación de curaciones eléctricas.

Richet (nota Sutter) divide a la contractura tónica en tres periodos:

a) fase tónica: es la parte conciente que conciste en una caída, vuelta de la cabeza hacia atrás y rigidez generalizada.

b) fase clónica: en donde se envuelve todo el cuerpo, con movimientos rápidos y desordenados que terminan con grandes secuencias generalizadas.

c) fase de resolución muscular: es la final y se produce - salivación, párpados cerrados y respiración estertuosa.

Periodos de contorsiones y grandes movimientos.

Se presenta después de un momento de gran calma, siguiéndole contorsiones, (actitudes bizarras y grandes movimientos).

Periodo Terminal

Hay pérdida de conciencia, se reportan alucinaciones con una duración aproximada de un cuarto de hora, después de la cual puede repetirse.

Formas Menores

Según Lauras (nota Sutter) se dividen en dos:

Crisis convulsiva histérica: parecida esquemáticamente al gran ataque (contracciones, espasmos, torsiones del tronco, actitudes más o menos extravagantes) quedando una sensación de fatiga cuando el episodio ha sido violento.

Crisis de agitación psicomotriz: es también una variante de la gran crisis y corresponde exactamente a la tercera fase de la crisis convulsiva.

El caracter expresivo de la descarga emocional es evidente. Es muy difícil de interrumpir y puede reiniciarse en cualquier momento.

Histeria-tetania

La frecuencia de crisis neuropáticas dan curso a la tetania. Cuando se han tratado de registrar cambios electromiográficos en diversos grupos de pacientes se ha visto que son los psicóticos quienes tienen mayores elevaciones en tensión muscular, seguidos muy de cerca por los neuróticos que a su vez han sido comparados con sujetos normales.

Esto es muy importante porque nos lleva a pensar que los sujetos neuróticos logran difícilmente relajarse debido al gran montante de stress y angustia que cargan siempre consigo.

Martínez y Lara Tapia (1975) llevaron a cabo una investigación a la que denominaron "Correlatos Psicobiológicos de la Histeria". Los sujetos utilizados fueron 44 pacientes psiquiátricas atendidas en el servicio de psiquiatría del ISSSTE con diagnóstico de Neurosis Conversiva o Histeria.

Concluyendo en primer lugar el alto índice de conductas suicidas en dichas pacientes. En segundo lugar el aspecto electromiográfico, demostrando que un 55.96 % de los casos manifestaron problemas de tetania.

Histeria y traumatismos

Todas las agresiones traumáticas pueden iniciar manifestaciones de orden histérico. En ocasiones el accidente puede estar compuesto de manifestaciones emocionales con grandes consecuencias. Así se tiene que después de una fase de meditación más o menos larga, la conversión histérica se precisa hasta lograr una completa seriedad, (Sutter y col.).

Histeria Gruesa

Recamier (nota Sutter) menciona que un caso típico es la maternidad, provocando accidentes histéricos con manifestaciones patológicas, pudiendo estar antecedido por una organización histérica de la personalidad o una reactivación de conflictos anteriores al

mismo tiempo que se está enfrentando la anunciación y realización de la maternidad.

Personalidad Histérica

Definir la personalidad histérica es algo tan amplio como querer abarcar mucho en poco tiempo, porque son muchos los adjetivos que se han utilizado para describir a éstos sujetos. Por lo que tomando en cuenta lo difícil del tema ~~trat~~aremos de enunciar las principales características a las que se han referido los autores a lo largo de varios años.

Kretschmer ha sido una de las personas más adentradas en lo que a histeria se refiere y a él se deben muchos de los antecedentes con que se ha contado en los últimos tiempos.

En su libro "Histeria Reflejo e Instinto" da dos características principales que son:

- debilidad intelectual
- pobreza afectiva

Por lo general, dice, son personas con una inteligencia limitada - más bien baja y por tanto con pocos recursos intelectuales. Por lo que se concluye que no son capaces de manejar sus problemas - a un nivel más elaborado.

La pobreza afectiva se refiere a que sus relaciones nunca llegarán a ser profundas por su falta de entendimiento con quienes les rodea. Y es en esta superficialidad en sus relaciones en donde se incluye la labilidad emocional manifestándose volubles e inestables, (DSM II).

Chodoff y Lyons 1958 (nota Lempriere) hacen mención de - otras características como son:

- egocentrismo
- histrionismo (DSM II)
- erotización de las relaciones sociales
- dependencia afectiva

El egocentrismo se refiere a la idea que tienen de ser el centro del grupo (Ey 1965).

Farher 1966 dice a éste respecto que la autodescripción de

éstos sujetos se puede incluir en dos adjetivos "soy hermosa y brillante".

El histrionismo implica una plasticidad de la persona en donde las identificaciones masivas y labiles tienen una movilidad permanente de roles en función del auditorio con notables cambios que saltan a la vista (Lempriere 1968).

Inclusive hay quienes han sugerido que éste nombre reemplaza al de personalidad histérica y sea personalidad histrionica. Ya que la histeria tiene la desventaja de no pasar desapercibida por sus artificios habituales y su mundo de espectáculo.

Otra característica muy importante de éste aspecto es la dramatización que podemos explicar como una especie de representación teatral con sobrecarga de maquillaje, hiperexpresividad de la mímica, plasticidad de la actitud corporal, modificación de la entonación, lenguaje anfiado y con expresiones exageradas, (sublime, espantoso, adorable, detestable).

En pocas palabras el comportamiento histérico es una escena de comedia y dramatismo en donde se muestra poca sinceridad.

Recamier dijo:

EL HISTERICO NO PUEDE HACER TEATRO, POR/
QUE EL ES TEATRO, NO PODRA IMITAR AL ACTOR, PORQUE EL ES ACTOR, NO
TENDRA QUE EMOCIONARSE PORQUE EL ES EMOCIONAL.

Erotización de las relaciones sociales o seductividad: es la necesidad de gustar y saber que se cautiva a los demás, (Celani 1976). Es algo así como la actitud de los niños, que intentan realizar actos difíciles para demostrar que son capaces de hacer lo y atraer la atención de la gente.

Esta relación algunas veces queda en insinuaciones y juegos verbales, pero otras llega hasta el contacto sexual.

Dependencia afectiva: se refiere a que siempre necesitan de otra persona para decidir su vida, por lo general ésta representa autoridad, (Lazare 1966).

Ey (1965) dice que son varios los aspectos que se deben analizar como:

infantilismo e inmadurez
egoísmo
sugestibilidad
mitomanía

El infantilismo y la inmadurez pueden explicarse fácilmente ya que como son personas que estuvieron solas cuando niñas y les faltó afecto, tratarán de buscarlo de grandes, aunque como se ha insistido antes, de una manera superficial.

Inmaduras porque no tienen el carácter firme y estarán variando sus decisiones constantemente, de aquí la sugestibilidad que constituye una manera de vivir. Estarán variando constantemente de acuerdo a su ambiente (modas, libros etc.).

Castro López (1975) las compara con un caleidoscopio de colores brillantes, el cual al menor movimiento modifica su estructura.

El egoísmo no es más que una consecuencia de su infantilismo e inmadurez ya que al igual que el niño, para ellos no habrá nadie más importante que sí mismo.

Mitomanía: Este es un aspecto muy importante de la historia ya que el sujeto mentirá de una manera habitual y establecida con la única intención de manipular al medio.

Lazare (1966) menciona como una característica más, a la pasividad y dice que siempre estarán en espera de que sus "súbditos" cumplan con su más mínimo deseo.

Cramer y col. (1971) aportan dos conceptos más: el de exhibicionista extravagante, pudiendo ir relacionados con el histrionismo (se exhiben ante un público) y extravagantes, porque ya dijimos antes que serán personas que estarán pendientes de la moda para modificar todo lo suyo. P. ejem. el vestuario (les quede o no es la moda y no importa). Inclusive usarán en algunos casos vestuario que hace mucho tiempo pasó (colores brillantes y con exceso de adornos).

Finalmente Celani (1976) habla de agresividad. A nuestro parecer no es más que consecuencia de su inseguridad y de la gran necesidad de demostraciones de afecto con la aprobación de todos, ya que sienten que no son lo suficientemente queridos.

Según Castro López (1975) existe un grupo histérico pequeño que es lo contrario del anterior, se le denomina "personalidad histérica psicobiológicamente inhibida". Son personas introversas usándolo como defensa y protección ante su inseguridad, son también tranquilos y sobrios.

P R O N O S T I C O

Estará dado por varios factores:

1º El grado de alteración de la personalidad: y si el sujeto tiene verdadero deseo de curarse lo logrará.

2º La naturaleza del conflicto resultante: hay casos en que el paciente inconscientemente rechaza la curación, motivado por las causas precipitantes, por tanto el diagnóstico será desfavorable.

3º La forma en que se enfoque y el medio: de acuerdo a que el diagnóstico de histeria es uno de los más difíciles en psiquiatría, para poder elaborarlo será necesario basarse más que nada en la ausencia de otros signos, en la dinámica de vida del sujeto y en su enfermedad.

4º El tratamiento que reciba: será aparte del farmacológico una psicoterapia a nivel profundo y es nuestro deber aclarar que en este punto estuvieron de acuerdo una gran mayoría, sino es que todos los autores consultados.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD
(M M P I)

Surge en 1938 debido a la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos.

Fueron los Dres. S. R. Hathaway y J. C. Mc Kinley quienes reunieron a través del tiempo diferentes frases con las que dieron lugar al inventario que conocemos en la actualidad. Un aspecto muy importante que no puede ser pasado por alto es que los autores en la elaboración de la prueba siguieron la técnica desarrollada por Binet en sus pruebas sobre inteligencia.

Los datos normativos originales se obtuvieron con 700 sujetos; muestra obtenida de la población del estado de Minnessota-- en Estados Unidos de Norte America. En donde fueron incluidos - visitantes de los hospitales del Centro Médico de la Universidad de Minnessota ubicada en la ciudad de Mineapolis, también fueron in- cluidos un grupo de estudiantes universitarios y de preparatoria así como grupos de pacientes tuberculosos y epilepticos.

Las escalas se obtuvieron contrastando a grupos de sujetos normales con grupos de casos clínicos de los cuales 800 eran pacientes de la división neuropsiquiátrica. Las escalas clínicas derivaron en parte de la terminología general Kraepeliana.

En 1942 salió a la luz la primera publicación relacionada con el MMPI y fue la Universidad de Minnessota quien la respaldó.

En un principio se le conoció como registro multifásico - de la personalidad y para la elaboración de las frases se tomaron en cuenta:

Historias clínicas

Preguntas de Medicina General

Preguntas Neurológicas y Psiquiátricas

El criterio principal utilizado para la diferenciación de - sujetos normales con los casos clínicos fue de acuerdo a compara- ciones entre diagnósticos y no a medidas estadísticas de confiabi- lidad y validéz.

El muestreo fue adecuado para personas de 16 a 55 años y -

para ambos sexos. La prueba ha sido traducida a 40 idiomas.

El perfil del MMPI es variable por naturaleza, siendo posible encontrar diferencias de un día a otro, principalmente en las escalas más sensibles como por ejem. depresión. Es por esto también que cuando se está llevando a cabo alguna clase de terapia - se modifiquen las escalas en el sujeto.

De una manera original existen dos formas de aplicación:

- 1º Individual
- 2º Colectiva

La primera consta de barajas que contienen las diversas - frases y que son enumeradas también en el folleto para forma colectiva. Cada tarjeta debe ser colocada en el casillero que le corresponde, pudiendo ser: cierto, falso, no puedo decidirme.

Esta forma ha sido desechada de acuerdo a lo tardado que es para calificar, ya que el psicometra o persona que lo califica debe seleccionar antes que nada aquellas frases que han sido contestadas en una dirección significativa.

La segunda forma, colectiva, es en nuestros días más común - y consta de un cuadernillo en donde se incluyen 566 frases y en la primera hoja las instrucciones a seguir. Así mismo se debe proporcionar al sujeto una hoja de respuestas en donde se incluyan datos como:

nombre	ocupación
edad	años escolares cumplidos
sexo	dirección

Estas hojas tienen la gran ventaja de poder ser codificadas por una computadora para lo que sería necesario proporcionar al sujeto un lápiz especial.

Si la calificación tuviera que ser manual, bastará con colocar sobre la hoja de respuestas, cada una de las trece claves o plantillas y anotar los lugares que han sido rellenos, tomando en cuenta que son dos claves diferentes para la escala MF (masculino-femenino) una para cada sexo.

La prueba como se dijo antes consta de 566 frases de las cua

les 16 son repetidas. No se tiene tiempo límite pero aproximadamente se lleva de hora a hora y media de aplicación. Es muy importante tomar en cuenta la escolaridad de los sujetos que van a responder la prueba ya que los autores mencionan que el nivel mínimo permitido debe ser primaria, o bien una inteligencia normal, porque de no ser así no entenderá lo que se le está preguntando.

Existe un tipo de prueba abreviado que se ha publicado recientemente y consta de 399 frases seleccionadas en tal forma que la validez no se pierde. Esta es muy importante porque no se deshecha ninguna escala, ya que en otra forma abreviada que se utilizaba antes no se podía validar ni la escala K ni la Si.

E S C A L A S

La prueba consta de cuatro escalas de validez y diez clínicas.

D E V A L I D E Z

? No puedo decir

Se refiere a las frases que no han sido contestadas y que por tanto han quedado en blanco o que tienen respuesta doble. Cuando el valor de ésta es alto (30) invalida la prueba. El límite permitido es de 10.

L

Consta de 16 frases. Está basada en las investigaciones realizadas por Hartshorne y May sobre la honradez de las personas y su tendencia a mentir.

Representa situaciones deseadas socialmente pero que raras veces son realizadas por el individuo.

Es un intento mediante el cual el sujeto trata de falsificar los puntajes seleccionando, las respuestas que le colocan en una situación ventajosa.

Un puntaje alto no invalida necesariamente a las demás escalas. Una calificación aproximada de 8 nos indica ya que el sujeto está distorsionando las respuestas.

Entre las frases que evalúan esta escala tenemos:

15.- De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.

135.- Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto probablemente lo haría.

225.- A veces murmuro o chismeo un poco de la gente.

F

Se hizo con la idea de medir que tanto entiende el sujeto - lo que está leyendo, de acuerdo a que el grupo original tenía una puntuación más alta cuando no entendía.

Si el puntaje F es alto las otras escalas probablemente se invaliden pudiendo ser por varias razones:

porque el sujeto se descuidó

porque fue incapaz de comprender

porque hubo errores de anotación y (o) puntuación

El puntaje máximo permitido es de 16, si va más allá anula la prueba excepto en caso, que sea esquizofrenia, por más alto que - sea nos está aportando una información valiosa al respecto.

Consta de 64 frases entre las que podemos contar para contes tar como ciertas:

14.- Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.

209.- Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo ha go por diversión.

y como falsas:

17.- Mi padre fue un buen hombre.

169.- No tengo miedo de manejar dinero .

272.- A veces estoy lleno de energía.

K

Fue la escala que surgió más recientemente entre las de vali dez y es más compleja. Puede considerarse como una medida de la ac titud del sujeto ante la situación de prueba.

También se utiliza combinada con cinco escalas clínicas auxiliándolas de una manera correctiva y son:

Hipocondriasis
Desviación psicopática
Psicastenia
Esquizofrenia
Manía

Mide dos clases de tendencias:

1º de tipo defensivo (sujeto que ofrece un cuadro favorable de sí mismo.

2º de tipo autocrítico.

Un puntaje bajo en ésta escala puede hablarnos de un intento deliberado para obtener mal puntaje y por tanto dar una mala impresión.

Está formada de 30 frases entre las que se incluyen para ser contestadas como ciertas:

96.- Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.

y como falsas:

30.- A veces siento deseos de maldecir.

296.- Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.

502.- Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso a cerca de las cosas.

Índice F - K de Gough

Se ha explicado antes, que una F mayor de 16 puede invalidar la prueba; pero Gough en 1947 sugirió un índice para medir la distorsión de ésta.

Se deduce de la diferencia que existe entre las escalas F y K S i ésta diferencia es de +9 o -9 se trata de protocolos en los que el sujeto ha intentado presentar un cuadro de desorden psiquiátrico. Cuando la puntuación es menor de 9 el protocolo es confiable.

Las escalas clínicas que se enumeran a continuación han si-

do asignadas a un número para hacer más fácil su representación, - principalmente al llevar a cabo la codificación, aparte de que se les ha dividido en grupos de acuerdo a su clase.

Triada Neurótica

Hipocondriasis	Hs	1
Depresión	D	2
Histeria	Hi	3

Tétrada Psicótica

Paranoia	Pa	6
Psicastenia	Pt	7
Esquizofrenia	Es	8
Hipomanía	Ma	9

Escala de conducta Desviación Psicopática Dp 4

Escalas de Relación

Masculino - femenino	Mf	5
Social	Si	0

Hs

La escala denominada hipocondriasis es la primera de las - clínicas, está formada por 33 frases y fue deducida al llevar a cabo la comparación de un grupo control de hipocondriacos que utilizaban por lo menos el doble de veces las frases características - del grupo normal.

Se refiere al interés anormal que tienen los sujetos a cerca de las funciones corporales.

Las personas con puntaje alto se preocupan indebidamente a cerca de su estado de salud. Se quejan frecuentemente de dolores y malestares que no tienen una base orgánica, son inmaduros para en frentar los problemas como adultos.

La escala es capaz de diferenciar entre personas con quejas somáticas e hipocondriacas.

Al gunos ejemplos de las frases que se contestan como ciertas son:

23.- Sufro de ataques de nausea y vómito.

114.- A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.

273.- Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.

y como falsas:

2.- Tengo buen apetito.

55.- Casi nunca he sentido dolores en el corazón o sobre el pecho.

281.- Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.

D

La segunda escala clínica fué la denominada depresión. En la que se encontró una característica importante y fué que generalmente la mujer ofrece una puntuación más alta que el hombre.

Se estableció para medir el grado profundo de depresión en el pensamiento y en la acción. Se denota también la preocupación, ideas de muerte, sentimientos de desesperanza y suicidio.

Una característica muy importante de ésta escala es que frecuentemente puede estar acompañada o ser el resultado de otros problemas de personalidad.

Si su puntuación es alta y la conducta del examinado no lo manifiesta, el riesgo de suicidio puede ser alto. Pero si es al revés y la escala es excesivamente baja es también malo porque el sujeto ha perdido insight y manifiesta un optimismo exagerado que lo llevará a problemas. Entre los items que se contestan como ciertos están:

5.- El ruido me despierta fácilmente.

142.- Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.

236.- Me preocupo mucho.

y como falsas:

8.- Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.

15.- De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.

248.- Algunas veces sin razón alguna o aún cuando las cosas no me estén saliendo bien me siento muy alegre como si viviera en las -
nubes.

Hi

La denominada como histeria corresponde a la tercera escala clínica y sirve para detectar sujetos con defensas neuróticas.

Acuden a síntomas físicos como medio para resolver problemas y evitar niveles de madurez y responsabilidad.

Los síntomas pueden ser quejas generales, sistemáticas o más específicas como parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos o intestinales.

Esta escala se diferencia de la hipocondriasis en que en la segunda los síntomas son más vagos descriptivamente hablando y no muestran evidencia alguna de haber abandonado situaciones no aceptables debido a su sintomatología como lo hace el histérico.

Una aclaración importante es que mientras más limitada sea la persona, intelectualmente hablando, más hará uso de la neurosis.

Está formada por 60 frases y algunas de las que se contestan como ciertas son:

10.- Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.

44.- La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.

179.- Me preocupan las cuestiones sexuales.

y como falsas:

3.- Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.

172.- Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.

292.- Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.

Dp

Consta de 50 frases. La dificultad principal que detecta - se refiere a la ausencia de respuesta emocional profunda. Se incluyen personas con conducta social caracterizada por cuadros patológicos en la estructura de su personalidad, no presentando ningún grado de angustia y poco o ningún grado de malestar.

Mensh en 1966 incluyó en el diagnóstico de desórdenes de la personalidad a la personalidad sociopática, reacción antisocial, perversión sexual y alcoholismo. De aquí que los sujetos que se caracterizan por una alta puntuación en esta escala acostumbren robar, mentir, aficionarse al alcohol, a las drogas y a las perversiones sexuales por tanto serán personas que nunca se beneficiarán de experiencias pasadas.

Se utilizan tres grupos de preguntas para evaluar esta escala:

- a) Mala adaptación social.
- b) Depresión y ausencia de experiencias agradables.
- c) Tendencias paranoídes

Entre las frases que son contestadas como ciertas están:

16.- Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.

127.- Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.

284.- Estoy seguro de que la gente habla de mí.

y como falsas:

20.- Mi vida sexual es satisfactoria.

155.- No estoy perdiendo ni ganado peso.

294.- Nunca he tenido tropiezos con la ley.

Mf

Mide la tendencia hacia los patrones de intereses masculinos y femeninos.

Fue ideada a raíz de una comparación entre dos grupos de hombres el primero normal y el segundo de homosexuales.

Así mismo se llevó a cabo una comparación entre un grupo de hombres y mujeres.

El puntaje alto es en ésta diferente para hombres y mujeres. Así, cuando es hombre, puede hablar de inversión sexual, diagnóstico que al igual que otras escalas, debe ser confirmado por otros elementos.

En la mujer, en cambio, no puede ser considerado de igual manera ya que muy bien puede estar expresando resentimiento y agresividad.

Se incluyen 60 frases que son en su mayoría comunes a los dos sexos pero es posible encontrar frases diferentes como son:

para ser contestadas ciertas por mujeres:

4.- Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.

203.- Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias sobre teatro

299.- Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.

ciertas para hombres:

69.- Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.

231.- Me gusta hablar sobre temas sexuales.

297.- Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.

falsas para mujeres:

198.- Muy pocas veces sueño despierto.

223.- Me gusta mucho cazar.

300.- Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.

falsas para hombres:

133.- Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.

Pa

La forman 40 frases. Y se derivó de la utilización del inventario en pacientes diagnosticados con síntomas paranoides. Estos se refieren a las ideas de persecución, suspicacia, megalomanía y rigidez en las opiniones.

Son caracterizados por sentimientos de persecución y grandeza.

El puntaje alto es más frecuente en la mujer que en el hombre y se incrementa en periodos tardíos de la adolescencia. Entre los items que son contestados como ciertos tenemos:

15.- De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.

158.- Lloro con facilidad.

341.- A veces oigo tan bien que me molesta

y como falsas:

93.- Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.

281.- Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.

347.- No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.

Pt

Es la segunda escala de la tetrada psicótica y mide el síndrome obsesivo - compulsivo.

Se estructuró con objeto de diferenciar a pacientes que sufren de dudas exageradas, obsesiones y fobias.

La conducta compulsiva se caracteriza por la necesidad del sujeto de ejecutar ciertos actos sin tomar en cuenta lo racional de los mismos. Si no lo lleva a cabo experimenta una gran angustia.

Las conductas encontradas más comúnmente en sujetos con -

puntajes altos en ésta escala son:

la tendencia a lavarse constantemente las manos.
la necesidad de contar objetos vistos.
la necesidad de revisar si la puerta - quedó bien cerrada etc.

La forman 48 frases entre las que se contestan como ciertas las siguientes:

22.- A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.

346.- Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos.

361.- Me inclino en tomar las cosas muy en serio.

y como falsas:

36.- Raras veces me preocupo por mi salud.

152.- Casi todas las noches puedo dormir sin tener ideas o pensamientos que me preocupen.

353.- No temo entrar solo a un salón donde haya gente reunida hablando.

Es

Corresponde a la octava escala clínica y consta de 78 frases. Es la que ha recibido más atención a fin de lograr identificar una variable útil, después de arduos trabajos fue modificada por la introducción de la escala K (de corrección).

Una percepción muy importante a cerca de ésta escala fue la hecha por Hathaway en 1951 en donde denominó "resultados falsos positivos a los protocolos que semejaban ser de un grupo sin pertenecerle realmente" siendo una característica importante de los representantes de éste grupo.

Los sujetos con puntuación elevada en ésta escala se caracterizan por pensamientos o conductas inusitados o extraños, así mismo

porque el primero es bizarro, demostrando reacciones psiquiátricas de frialdad, apatía, indiferencia e inaccesibilidad. también estereotipias, retraimiento, pérdida de interés en las relaciones y rendimiento más bajo de lo esperado.

Entre los ítems que se contestan como ciertos podemos incluir:

21.- A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.

312.- No me gusta tener gente alrededor.

364.- La gente dice cosas insultantes y vulgares a cerca de mí.

y como falsas:

17.- Mi padre fue un buen hombre.

192.- No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.

330.- Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.

Ma

Hipomanía fue la escala que dio más problemas en la investigación para demostrar su validez. Se refiere a un estado menor de manía o sea un leve grado de excitación que se encuentra en la psicosis maniaco depresiva.

Las características de una persona con alto puntaje en esta escala son :hiperactividad emocional y excitabilidad así como fuga de ideas con una actividad casi siempre improductiva.

Consta de 46 frases entre las que se incluyen contestadas como ciertas:

11.- Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.

167.- No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.

277.- A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro que he deseado que se salga con la suya.

Si

Finalmente la décima escala clínicas es la social. Se refiere a la introversión o extraversión social, (aislamiento).

Cuando la puntuación es alta se sabe que el sujeto tiende a aislarse y si es a la inversa es más bien una persona sociable.

Está formada por 70 frases y algunas de las que se contentan como ciertas son:

236.- Me preocupo mucho.

411.- Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.

564.- Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.

y como falsas:

25.- Me gustaría ser cantante.

208.- Me gusta coquetear.

371.- No soy una persona demasiado consciente de sí misma.

COMBINACIONES

Antes hemos dicho que un a escala por sí sola no nos da una información auténtica o sea que debe ser tomada en función de las escalas que le acompañen.

A eso se debe que muchos autores traten este tema con una atención especial y un aspecto muy importante que no se debe pasar por alto es que hay escalas de control y otras impulsivas. O sea que por más dentado que esté el perfil si tiene entre las escalas más altas alguna de control la patología no será tan profunda. Pero si la escala en pico está acompañada de una impulsiva, el peligro de un diagnóstico desfavorable no se debe descartar.

ESCALAS DE CONTROL:

Hipocondriasis

Depresión

Histeria

ESCALAS IMPULSIVAS:

Desviación psicopática

Esquizofrenia

Social

Hipomanía (en algunos casos)

C O D I F I C A C I O N

Existe también una hoja especial para registrar las calificaciones y el perfil. Por un lado con la letra M en el ángulo superior derecho el lugar para el sexo masculino y por el reverso con la letra F el del sexo femenino.

Se deben registrar los dos puntajes, el bruto y el pesado o sea que cuando se ha agregado el factor K o corrector se debe elaborar la suma, y de esta manera se obtiene el puntaje pesado.

Hay que poner atención especial en este aspecto ya que no será a todas las escalas a las que se les sume, sino únicamente a las 1,4,7,8 y 9. El puntaje se localiza en la tabla del lado derecho y será:

para Hs el 0.5 K

para Dp el 0.4 K

para Pt el 1.0 K

para Es el 1.0 K

para Ma el 0.2 K

Una vez que se han aumentado las cantidades correspondientes y se obtuvo el puntaje corregido se procederá a elaborar el perfil.

Se marcan por medio de una pequeña seña, los lugares corres-

pondientes al puntaje obtenido en cada una de las escalas y se unirán por medio de una línea que será interrumpida entre las de validez y las clínicas a manera de elaborar dos registros.

Hay cuatro configuraciones principales entre los perfiles — de validez:

- 
- 1.- El que va en un sentido ascendente se caracteriza al sujeto por una alta escolaridad, bien adecuado y con capacidad de mando.
 - 2.- En orden descendente, son sujetos con baja escolaridad, necios, con argumentos infantiles, desestructurados y en función del qué dirán.
 - 3.- En forma de V trata de dar una idea equivocada de si mismo y se muestra defensivo.
 - 4.- Configuración invertida o de ayuda— el sujeto está manifestando su males tar y pidiendo ayuda.

Existen dos sistemas de codificación:

el originado por Hathaway en 1947 y el ideado por Welsh en 1948. El que se describirá a continuación es el primero por ser el más sencillo a nuestro parecer.

Se anotarán las escalas en orden descendente de acuerdo al puntaje T por medio de los números que correspondan a cada una, en seguida una cantidad determinada de primas del lado derecho según le corresponda tomando en cuenta que:

entre 90 y 100 serán ''' primas
entre 80 y 90 serán '' primas
entre 70 y 80 será ' prima

En seguida si existen dos o más escalas con igual valor T o con un punto de diferencia se les colocará una raya debajo, ésto indicará que el valor es más o menos similar.

El siguiente paso será poner un guión y colocar las cantidades que se encuentran con un puntaje menor a T 55 y nuevamente si son iguales o existe un punto de diferencia se unen por medio de una raya. Pero antes en seguida del guión se deberá colocar entre paréntesis la calificación correspondiente a la escala 5 en puntaje T.

Después se deberá marcar una X mayúscula para siempre y cuando el puntaje bruto de L sea 10 o el de F mayor de 16 ya que esto estará indicando la posibilidad de invalidación. Por último se registrarán las de validez en orden y en puntaje en bruto separadas por dos puntos cada una.

Ejemplo:

escalas de validez	L	F	K
puntaje en bruto	7	20	5

escalas clínicas	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
número	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
puntaje T	72	82	76	100	88	86	89	101	45	44

codificación final:

8'''' 4'''' 762'' 31' - (88) 90' X 7:20:5

INTERPRETACION

Existen dos clases de interpretación del perfil:

1.- La ciega, la cual es difícil llevar a cabo cuando se tiene una puntuación de T 50 o menos ya que aparte de ser poco rica en datos su nombre de riva de que no se conoce a la persona.

2.- La complementada es la más recomendable ya que se auxilia de la entrevista previa.

ANTECEDENTES

Hablar sobre el campo de aplicación del inventario multifásico es algo que le llevará a cualquier persona mucho tiempo por lo que trataremos de hacerlo de la manera más breve posible.

Fue traducida para México por el Dr. Rafael Núñez desde 1951.

Es un instrumento que debido a sus características se ha utilizado - en diferentes ocasiones para distinguir a varios grupos, debido a - que es el único instrumento psicométrico que ha sido elaborado para proporcionar en una sola prueba información de los aspectos más importantes de la personalidad.

En México se ha utilizado en la diferenciación de grupos que presentan una patología clara, como son los estudios realizados por Zerotta y col. (1973) en donde llevaron a cabo una serie de diferenciaciones entre estudiantes adictos a la marihuana y no adictos - comprobando una vez más que el MMPI puede ser una herramienta de lo más completa de que se valga el psicólogo para desempeñar su trabajo.

El instrumento es reconocido de acuerdo a su utilidad mundialmente ya que igualmente se utiliza aquí que en Centro y Sud América Estados Unidos etc.

En 1974 Thalassinós y Di Blasi en Panamá iniciaron un trabajo que consistía en una comparación de diagnósticos obtenidos entre las pruebas MMPI, Bender y la impresión clínica de un psiquiatra planteando como hipótesis la "no existencia de correlación de diagnóstico entre las pruebas utilizadas".

En 1974 Alarcón en Lima Perú realizó una investigación sobre la personalidad del adolescente Peruano en donde se esperaba describir cierto número de rasgos de personalidad que se pudiera considerar como típicos en dicha población.

En 1975 en México Magallanes Vega lleva a cabo un estudio entre dos grupos que han y no hecho uso de la marihuana.

También en 1975 Slavney y Mc. Hugh afirmaron no encontrar diferencias entre los perfiles del MMPI en pacientes histéricas y depresivas lo que según ellos ni confirma ni refuta la validez del diagnóstico a cerca del concepto de personalidad histérica, lo que supone que la observación clínica de depresión es mejor ya que por ser hecha individualmente reporta un diagnóstico en el que se reafirma que la depresión en éstos pacientes (histéricos) es genuina.

Finalmente en 1976 Lara Tapia L. llevó a cabo una investigación en el Estado de México con la idea de obtener características importantes que puedan aplicarse a ciertos tipos de poblaciones (clase económicamente baja con una forma modificada del MMPI obtenida a

La prueba utilizada es aún más corta que las mencionadas anteriormente y consta de 48 items seleccionados exclusivamente. Lo que permitirá obtener quizá por primera vez una información clínica y medidas estandarizadas para una población con nuestra idiosincrasia y en un tiempo mucho menor que el requerido originalmente. Es algo que de hacerse realidad significa un gran adelanto no sólo para la prueba en sí, sino para todos los mexicanos que en el futuro podríamos valernos de ella para realizar en 20 minutos lo que antes llevaba hora y media.

Los resultados fueron, que el 14% de los adolescentes requieren de atención psiquiátrica y psicológica. Por su parte los adultos (20%) se encuentran en las mismas condiciones con una inclinación a elevar las escalas 4 y 6 pero en mayor grado.

Este estudio fué también complementado con un cuestionario de premisas socioculturales en el que se demostró nuevamente - que nuestra cultura tiene respuestas características (pasivas).

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION

(E A M D)

Fue elaborada por el Dr. William W. K. Zung y se publicó por primera vez en 1965, después que se llevaron a cabo una serie de estudios a fin de comprobar su validez con sujetos deprimidos o con desórdenes emocionales.

Desventaja de su uso

La única desventaja a que podemos referirnos, es que no es capaz de diferenciar a la depresión como enfermedad o síntoma. Ya que únicamente detecta sentimientos de desesperanza que caracterizan a los sujetos depresivos.

Ventajas de su uso

Primero que nada se puede hacer referencia al tiempo de aplicación que no llevará más allá de cinco minutos; tiempo en el cual el sujeto la contestará y el examinador podrá calificarla.

La economía de su costo sería la segunda característica importante ya que de no conseguir los cuadernillos que son proporcionados por un laboratorio que se encarga de producir entre otras fármacos antidepresivos, puede ser reproducida manualmente para lo que bastará con copiar la hoja de respuestas y la plantilla con que se califica.

En tercer lugar estaría la gran facilidad para localizar las depresiones ocultas que ni el mismo sujeto puede explicar, a no ser porque se manifiestan sintomáticamente pero sin una base orgánica aparente.

En seguida nos tendremos que referir a la autoadministración ya que es una ventaja de las más grandes porque aunque han surgido críticas a éste respecto se ha demostrado (Lara Tapia y col 1976) que existe la misma confiabilidad en lo referente a la verbalización del sujeto, la cual proporciona un error similar al de contestar a la escala con alguna intención de falsearla, de acuerdo a que está elaborada de manera que el sujeto no lo pueda hacer por las palabras claves de que consta, que se señalan en la tabla que está incluida en el manual y que se registran con las letras mayúsculas.

En la mañana me siento MEJOR.
Como IGUAL que antes solía hacerlo.
Me resulta FACIL hacer las cosas que acostumbro.
Tengo la mente TAN CLARA COMO ANTES.
Tengo ESPERANZA en el futuro.
Me resulta FACIL tomar decisiones.
TODAVIA disfruto de las mismas cosas.
Siento que soy UTIL Y NECESARIO.

Las palabras se plantearon así porque indican lo contrario de lo que dicen los pacientes convirtiéndose de sintomáticamente positivas a negativas. Aún así el lenguaje que se ha utilizado es común y accesible a todas las personas.

En quinto lugar tenemos que los resultados de esta escala han sido correlacionados con otras (nota Lara) como la de Hildreth, Becke y principalmente con la escala 2 (D) del MMPI, obteniendo resultados estadísticamente válidos y por último la facilidad que tiene para ser aplicada por personas no especializadas en el ramo.

Material

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

Aplicación

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

Descripción de la prueba

Consta de 20 declaraciones colocadas del lado izquierdo en una lista y son:

- 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 muriendome.
- 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. |

Calificación

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 y cuadro. Así mismo los asteriscos se refieren a las palabras claves mencionadas anteriormente.

		muy pocas veces	algunas veces	la mayor parte del tiempo	conti nuamente
1.-		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 al final. .

El siguiente paso será remitirse a la tabla 1 para conver

la calificación básica al índice EAMD.

T A B L A 1

Calificación básica	Índice EAMD	Calificación básica	Índice EAMD	Calificación básica	Índice EAMD
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 EAMD se pasará a la tabla 2 para deducir el diagnóstico final.

T A B L A 2

Diagnostico de los grupos de valoración	Índice EAMD promedio
Controles normales	33
Deprimidos hospitalizados	74
Deprimidos ambulatorios	64
Reacciones de ansiedad	53
Desórdenes de personalidad	53
Reacciones de ajuste	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 ítems de la escala incluyéndolos en tres grupos de acuerdo a los síntomas auténticos de la depresión.

Síntomas de Desórdenes depresivos	Temas de la EAMD	No del tema
I AFECTIVOS PERSISTENTES		
deprimido triste y melancólico	me siento abatido y melancólico	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 al <u>g</u> ón alivio conforme avanza el día.	en la mañana me siento mejor	2
sueño: despertar temprano o frecuente	me cuesta trabajo dormirme en la noche	4
apetito: disminución de la ingestión de alimentos	como igual que antes solía hacerlo	5
pérdida de peso: asociada con ingestión disminuida de alimentos, metabolismo aumentado o reposo disminuido	noto que estoy perdiendo peso	7
sexuales: libido disminuida	todavía disfruto de las relaciones sexuales	6
gastrointestinales: constipación	tengo molestias de constipación	8
Cardiovasculares: taquicardia	el corazón me late más aprisa que de costumbre	9
musculoesqueléticos: fatiga	me canso sin hacer nada	10

III EQUIVALENTES PSICOLOGICOS

agitación psicomotora	me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	13
retardo psicomotor	me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	12
confusión	tengo la mente tan clara como antes	11
vacuidad	mi vida tiene bastante interés	18
desesperanza	tengo esperanza en el futuro	14
indecisión	me resulta fácil tomar decisiones	16
irritabilidad	estoy más irritable de lo usual	15
insatisfacción	todavía disfruto con las mismas cosas	20
devaluación personal	siento que soy útil y necesario	17
rumiación suicida	creo que les haría un favor a los demás muriendome	19

ANTECEDENTES

De acuerdo a todas las características positivas que reviste la prueba para su uso y que mencionamos anteriormente, es lógico pensar que ha sido un instrumento útil en muchos casos para la investigación que se ha realizado no solo en México sino en el extranjero.

En 1972 Ramírez de Lara y col. llevaron a cabo una investigación denominada Eventos Cotidianos, percepción del stress y enfermedad mental, en donde analizaron el montante de stress cotidiana no tomando a un grupo representativo de la población derechohabiente de la entonces clínica de Neuro Psiquiatría Juárez del ISSSTE.

Se utilizó al grupo mencionado pensando que la similitud de factores sociológicos permitirían hacer una diferenciación de stress a varios niveles y de este modo llevar a cabo una comparación con otras muestras de población.

Para tal cometido se diseñó un cuestionario que controla rifa 93 variables sobre eventos cotidianos, en donde se tomarían en cuenta datos socioeconómicos, historia médica personal familiar, la boral, relaciones interpersonales y factores perceptuales.

Así mismo para controlar la pesible influencia de los sín tomas de los pacientes psiquiátricos sobre la información se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton Y la EAMD de Zung.

Finalmente se concluyó aparte de las características socioeconómicas como son que los enfermos psiquiátricos tienen menor es colaridad, menor capacidad de obtener ingresos y menos oportunidades de reducir el stress en periodos de vacaciones afectando más a las mujeres que a los hombres por dedicarse únicamente a las labores domésticas. Sobre ansiedad y depresión se obtuvieron resultados estadísticos mediante computadoras que mostraron diferencias significativas en ambos índices al confrontar el stress de la vida.

El puntaje promedio de la escala de Hamilton fue para los pacientes de 30.50 y para los controles de 16.92.

El EAMD fue de 44.40 para pacientes con un índice de 55 - lo que nos habla de una depresión grave pero ambulatoria que no llega a imposibilitar totalmente al sujeto y para el grupo control 35.44 con un índice de 44 que nos hace pensar en depresión grave - sino más bien de poca importancia.

En 1974 Lara Tapia y col. investigaron el índice de depre sión en enfermos con tuberculosis pulmonar aplicando a los sujetos un registro que incluía tres tipos de información: antecedentes socioeconómicos, familiares e índices de depresión mediante la EAMD.

Concluyendo que el enfermo tuberculoso sufre de depresiones psíquicas deducidas de las diferencias obtenidas entre los grupos.

Esta depresión podrá explicar el porque del comportamiento anormal del enfermo tuberculoso ya que le impide una confrontación adecuada de su enfermedad por el gran stress que le está proporcionando la infección pulmonar. Su depresión recibió un diagnóstico de neurótica lo que hace pensar que aparte del problema pulmonar - debe ser tratado como un paciente con características psiquiátricas.

Por su parte J. Craig en 1976 trató de hacer una discriminación en la presencia y persistencia de los síntomas depresivos en sujetos que no eran pacientes diagnosticados como depresivos pero que manifestaban síntomas fisiológicos de depresión.

Para lo que se aplicó un cuestionario conteniendo 435 - items con una entrevista de 45 minutos en la que se dió mucha importancia al humor depresivo en el relato de los síntomas, además de las escalas CES-D, EAMD, BECKE y la D del MMPI así como el auto-reporte de Raskin's y de GARDNER.

Obteniendo los siguientes resultados:

se sugiere la presencia de 6 síntomas claves que podrán ser indicativos generalmente de psicopatología más que de depresión. Y son:

Un gran fracaso en la vida
Un gran temor
Una cruel depresión
Una relación fallida o desagradable
Un gran deseo de gritar
Una gran tristeza

Y la persistencia de cualquiera de los síntomas que se plantean a continuación durante más de 5 o 7 días considerandolos como la presencia de un síndrome depresivo.

dificultad para concentrarse
debilidad y falta de fuerza continua
depresión

Pero los síntomas más claros e indicadores de una depresión franca que puede ser señaladora de la presencia de psicopatología fueron:

olvido o confusión de cosas
la idea de que la gente es poco amigable

Y finalmente la investigación que a nuestro parecer es la más importante en lo que se refiere a efectividad de la EAMD -

es la realizada por Lara Tapia y col. en 1976 intitulada Algunas Normas para la medición de la Depresión, en la cual se presenta la estandarización y adaptación de la misma a nuestro país.

Se empleó la traducción de la Universidad de Salamanca - previamente aceptada por el autor. Se utilizó una muestra de 250 - sujetos dividiendola en cinco grupos de 50 cada una.

El primero formado por sujetos física y mentalmente sanos (control normal).

El segundo integrado por enfermos de diversa índole pero - no psiquiátricos (enfermo general).

El tercero constituido por enfermos psicofisiológicos aten- didos en servicios no psiquiátricos.

El cuarto formado por enfermos psiquiátricos diagnosticados como no deprimidos (psiquiátrico general).

Y el último integrado por enfermos deprimidos dentro de - todas las entidades clínicas y primarias de la depresión (psiquia- trico depresivo).

Se reunieron a los cinco grupos con la idea de incluir to- dos los niveles socioeconómicos desde la indigente hasta la econó- micamente activa.

Todos contestaron un registro socioeconómico y de antece- dentes familiares que de acuerdo a los autores eran importantes - por estudios previos y finalmente la EAMD de Zung.

Concluyeron que el problema de calificación para la depre- sión en todo el grupo es similar al de las normas de la escala ori- ginal de Zung. Lo que reafirma que las normas de la escala estan- dar son válidas para su empleo en nuestra población.

Hace posible diferenciar también a la depresión como sín- drome ya que para la valoración de los ítems aislados se encontra- ron diferencias estadísticamente significativas.

También se consideró la ventaja de distribuir a las varia- bles de la escala en tres grupos (componentes psicológicos, afecti-

vos y fisiológicos) porque de ésta manera es fácil lograr un análisis cualitativo de la depresión permitiendo el uso de la escala para estudios controlados (p. ejem. la actividad psicofarmacológica de los diversos compuestos).

El único cambio que se realizó fue el del ítem 8. Constipación por estreñimiento debido a problemas semánticos.

REGISTRO CLINICO DE HISTERIA

(R C H)

Fue recopilado por Michael Perley y Samuel B. Guze.

Briquet en 1849 y Savill en 1909 describieron múltiples componentes asociados con la histeria, pero su estudio al quedar inconcluso fue 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 linea establecida y acentaron que el síndrome histérico puede ser de finido por respuestas específicas y cuantitativas que se incluyen en la lista de síntomas. Así fue 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 verdaderamente rápido.

Así mismo es económico ya que no conciste 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 da la oportunidad al sujeto de explayarse sobre lo que siente, como lo siente y cuando. Esto es de vital importancia para el investigador ya que da 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 mostrando una correlación estadística significativa entre ellas. 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 vfa en favor del encuentro o descubrimiento del síndrone histérico".

Forma de aplicación

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.

DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO

Consta de 10 grupos.

Grupo 1 o de Cuidado 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, estasia / abasia, otros síntomas

Grupo 3 o Autonómico, respuestas vegetativas

fatiga y bolo faríngeo

Grupo 4 o síndrome Vasculo espasmódico

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

Grupo 5 Síntomas generales o Autonómico digestivo

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 miden desajustes Sexuales o Maternos

indiferencia sexual, frigidez, dispaurenia, otras dificultades sexuales, vómito continuo durante el embarazo, hiperemesis 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.

C O D I F I C A C I O N

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 tratadas estadísticamente para así registrar la cantidad de síntomas que reportó la mayor parte de la población así mismo que grupo fue el que tuvo la máxima incidencia.

A N T E C E D E N T E S

Como dijimos antes es un elemento de gran ayuda para la detección de síntomas histéricos, por lo que se ha utilizado en múltiples investigaciones como las hechas por Bibb y Guze en 1972, llevando a cabo un reporte retrospectivo en pacientes mujeres con el síndrome de Briquet valiéndose del diagnóstico dado por el DSM II y concluyendo que es quizá necesario llevar a cabo una reevaluación del diagnóstico histérico.

En 1974 Slavney y col. de acuerdo al reporte realizado por Bibb y Guze compararon a dos grupos de mujeres. El grupo experimental fue integrado con un diagnóstico primario de personalidad histérica y el segundo o control con un diagnóstico de depresión, encontrando diferencias significativas entre ambos en los siguientes aspectos:

1.- Intento Suicida: el grupo experimental manifestó un 50 % y el control un 16 % con una $p < .02$.

2.- Ambiente familiar desagradable: presentando el grupo experimental el 72 % y el control el 37 % con una $p < .01$.

3.- La ocurrencia de matrimonios infelices: el grupo -

experimental 75 % y el control 20 % con una $p < .05$.

De donde se deduce que las mujeres diagnosticadas con personalidad histérica presentan más problemas con respecto a las depresivas en lo referente a relación, que no puede llegar a ser estable y como consecuencia la búsqueda del suicidio debido a su inestabilidad emocional.

Finalmente en 1975 Kimble y col. comparando el síndrome de la histeria por medio del registro clínico de Perley y Guze y del DSM II reportan que la histeria tiene complementos físicos y emocionales que permiten una fácil comprobación del diagnóstico de personalidad histérica y afirman que este registro es capaz de aportar un diagnóstico cuantitativo de la histeria, así mismo dicen que es un método que se puede aplicar rápida y fácilmente.

También hablan de algunos problemas a los que tuvieron que enfrentarse como fueron:

problemas de administración semántica de la prueba y ponen como ejemplo el término frigidez, orgasmo etc. que pueden tener varias definiciones en cuanto al tiempo, (cuantas veces al mes, año etc.) porque aún y cuando existen instrucciones originales de la prueba, también hay varios criterios para demostrar los síntomas positivos con base a las opiniones personales.

C A P I T U L O II
M A T E R I A L Y P R O C E D I M I E N T O

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

A través de todo el trabajo se ha tratado de dar una visión más o menos amplia de la forma en que se puede presentar — cualquiera de éstas neurosis; por lo que creemos han sido extensamente discutidas y es necesario detenerse a pensar en que realmente se está enfrentando una gran responsabilidad en su discriminación tomando en cuenta que el manejo clínico difiere obviamente.

Ahora bien nuestra premisa fundamental es que la sociocultura influye en la psicopatología de tal manera que podemos considerar que si en ambas entidades clínicas, existen elementos básicos similares, éstos estarán determinados por ella, a su vez si existen diferencias estarán dadas por la psicopatología " per se".

De acuerdo con esto nuestras hipótesis serán las siguientes:

H⁰ 1.- No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de mujeres mexicanas con diagnóstico de depresión y un grupo con diagnóstico de histeria a través del Inventario Multifásico de la Personalidad (M M P I).

H¹ 1.- Existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de mujeres mexicanas con diagnóstico de depresión y un grupo con diagnóstico de histeria a través del Inventario Multifásico de la Personalidad (M M P I).

H⁰ 2.- No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de mujeres mexicanas con diagnóstico de depresión y un grupo con diagnóstico de histeria a través de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (E A M D).

H¹ 2.- Existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de mujeres mexicanas con diagnóstico de depresión y un grupo con diagnóstico de histeria a través de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (E A M D).

H⁰ 3.- No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de mujeres mexicanas con diagnóstico de depresión

si3n y un grupo con diagnostico de histeria a trav3s del Registro Cl3nico de Histeria de Perley y Guze (R C H) .

H³.- Existen diferencias estad3sticamente significativas entre un grupo de mujeres mexicanas con diagnostico de depresi3n y un grupo con diagn3stico de histeria a trav3s de l Registro Cl3nico de histeria de Perley y Guze (R C H) .

SELECCION Y CARAC
TERISTICAS DE LA
MUESTRA

Los sujetos utilizados para la muestra fueron pacientes del Hospital Psiqui3trico Floresta en la secci3n dependiente del ISSSTE, que previamente fueron canalizados por la consulta externa de las d3ferentes cl3nicas de la m3sma dependencia.

La selecci3n fue llevada a cabo de la siguiente manera:

Despu3s de pasar por recepci3n los pacientes con los m3dicos residentes quienes hacen la nota con el diagn3stico primario, son asignados a un m3dico adscrito.

El m3dico adscrito reafirma o modifica el primer diagn3stico y se3ala el camino a seguir ya sea farmacol3gico o terap3utico. Esta revisi3n fue la que nos proporcion3 el diagn3stico cl3nico definitivo.

Los casos seleccionados fueron los que presentaban cualquier variaci3n de ambas neurosis entre las que se pod3a incluir: depresi3n neur3tica, s3ndrome depresivo, depresi3n asociada a... , depresi3n reactiva o bien histeria conversiva; personalidad hist3rica, histeria disociativa, reacci3n hist3rica etc. de acuerdo al criterio de la Organizaci3n Mundial de la Salud.

Se procedi3 a revisar los expedientes de cada una de las enfermas para as3 poder ampliar la informaci3n y emplearla posteriormente en la entrevista.

La selecci3n se llev3 a cabo mediante el m3todo "al azar" formando dos grupos de 20 personas cada uno y tomando en cuenta que

ésta cantidad es la menor permitida para aceptarse como válida. Se denominó al grupo depresivo "Grupo D" y al histérico "Grupo H". Se pensó en un principio incluir la mitad de sujetos del sexo masculino pero se deshechó ésta idea después de cuatro meses de estar trabajando en la investigación y habiendo contado únicamente con cuatro casos lo que hubiera forzado a ampliar el tiempo calculado quizá al doble.

La muestra es representativa de la población de éste hospital y cumple con los requisitos en cuanto a las investigaciones mencionadas anteriormente sobre hospitalización psiquiátrica tomando en cuenta que el tiempo que tardamos en reunirlos fué un total de ocho meses. A más de que se llevó a cabo la aplicación antes de iniciar cualquier tratamiento con objeto de que éste no interviniera en los datos obtenidos.

La entrevista en la mayoría de los casos quienes nos presentaron e hicieron saber al enfermos que tendríamos que realizarle un estudio incluyendo algunas pruebas que complementarían su información, para lo que esperaban su amplia cooperación. En general no hubo ninguna objeción por parte de los pacientes lo que hizo el trabajo más práctico y agradable.

En seguida se procedió a aplicar la batería tratando de que su administración fuera lo más estandarizada posible. La hora en que se inició la aplicación fué entre 10 y 11 de la mañana debido a que ellas tenían que acatar un horario intrahospitalario.

El lugar de que se dispuso fué siempre el comedor, que ya para la hora en que iniciábamos estaba limpio y solo evitando así cualquier interrupción.

1.- Se procedió a preguntar los datos generales como nombre, edad, estado civil, ocupación, no. de hijos y la fecha a fin de ver su orientación.

Se preguntó así mismo el tiempo que tenía en el hospital y las causas por las que había llegado, el tiempo que tenía de sentirse mal, si recordaba alguna relación de su malestar con algún problema etc. Después se hizo referencia a la relación con los padres hermanos y familiares y en caso de que fuera casada la relación con el esposo de que fuera casada la relación con el esposo, con la familia de éste con los hijos etc.

2.- En seguida se aplicó la es-

cala de automedición de Zung dando las siguientes instrucciones :
a continuación voy a aplicarle una pequeña prueba a la que usted debe contestar muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo o continuamente, dependiendo de que tanto sienta lo que se le pregunta, si algo no entiende me dice y se lo explico.

En general no hubo problemas en la aplicación del cuestionario ya que generalmente es fácil de entender. El único cambio que se hizo tomando en cuenta el antecedente de Lara Tapia - fue el de la palabra constipación por estreñimiento y algunas aclaraciones en diferentes frases especialmente en la 6 debido al estado civil de algunas de las pacientes.

Fue necesario leer la escala porque debemos tener en cuenta que se trataba primero que nada de pacientes psiquiátricas y algunas estaban bajo el efecto de medicamentos fuertes y de esa manera era más fácil darse cuenta si se estaba entendiendo lo que se preguntaba y así tener una constancia de error.

3.- En seguida el turno fue para la aplicación del registro clínico sobre histeria en el que se incluyeron ciertos datos como edad, escolaridad y ocupación.

Las instrucciones fueron: a continuación voy a leer una lista que se refiere a diferentes síntomas experimentados por usted, si es así me lo dice y si nunca le ha pasado también me lo hace saber.

Para los síntomas que no eran fácilmente entendibles se dió una definición, así como cualquier explicación que pidiera la paciente.

GRUPO I

cefaléa: dolor de cabeza más de dos días a la semana
enferma la mayor parte del tiempo: cualquier malestar que se experimentara a diario o muy seguido

GRUPO 2

parálisis: se ha quedado sin mover algunos de sus miembros
anestesia: ha sentido alguna vez como si estuviera dormido, o tuviera adormecida alguna parte de su cuerpo estando despierta

ataques: de cualquier clase incluyendo nerviosos
amnesia: olvida frecuentemente situaciones vividas (lagunas)
alucinaciones: ha visto u oido cosas que los demás no perciberi
retención urinaria: ha tenido dificultad para orinar
ataxia: ha tenido dificultad para caminar
astasia-abasia: para detectarlo se le pidió que caminara sobre una
línea recta.
otros síntomas: se incluyeron dos causas por la frecuencia con que
los reportaban, mareos y desmayos

Grupo 3

bolo faringeo: ha sentido como si tuviera algo atorado en la gar-
ganta que le impidiera tragar

Grupo 4

palpitaciones: ha sentido como si le trabajara aceleradamente el
corazón

Grupo 5

anorexia: tiene falta de hambre
constipación: es usted estreñida

Grupo 7

dismenorrea: padece de cólico menstrual
amenorrea: ha quedado durante algun tiempo sin reglar, excepto du-
rante el embarazo
hipermenorrea: ha reglado en forma abundante

Grupo 8

indiferencia sexual: no le ha interesado relacionarse sexualmente
con nadie
frigidéz: significa que no sienta ninguna satisfacción al relacio-
narse sexualmente
dispaurenia: ha tenido relaciones sexuales dolorosas
hiperémesis gravídica: se refiere a los vómitos exagerados duran-
te el embarazo

Grupo 10

evasión o incapacidad para actividades cotidianas: se refiere a -
que lo que hacía antes sin ningún problema ahora le cause miedo o
angustia realizarlo
labilidad emocional: tiene cambios fáciles en los estados de ánimo,
sentimientos o caracter

4.- La última prueba aplicada fue el MMPI y se dejó has-
ta el último por ser la de mayor grado de dificultad. Las instrucc-
ciones fueron:

a continuación voy a leerle una serie de oraciones -
que tienen que ver con sus gustos y aficiones, tiene tres opciones
para contestar y son: cierto, falso, o que no puede contestar, pero -
vamos a tratar de que responda a todas para que el resultado sea -
más verídico.

Cabe hacer la aclaración de que también esta prueba se le
yó por las mismas situaciones mencionadas anteriormente, a más de -
las explicaciones para aclarar únicamente el concepto.

Se aplicó la forma corta que consta de 399 frases y que -
permite validar las escalas K y Si.

Fue esta prueba la que en algunas ocasiones tuvo que admi-
nistrarse en dos partes debido al problema del tiempo disponible -
de las pacientes, pero nunca pasó más de un día para completarlo.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Una vez que se aplicaron los instrumentos de trabajo el paso a seguir fué el tratamiento estadístico. Y considerando - que los más adecuados en el presente estudio eran la "t" de Student y la "X" Chi cuadrada, fueron las que rigieron nuestro tratamiento.

La "t" se utilizó pensando que es una técnica que permite usar muestras pequeñas. A más de que el sistema requiere - que la muestra sea tomada de una población normalmente distribuida y que tenga una media y una desviación estandar.

Así mismo es importante ya que por medio de su uso podemos establecer un intervalo de confianza para la media, sin conocer el parámetro, así como el saber, que tan lejos se encuentra - una curva de otra en lo que a similitud se refiere, de aquí la palabra correlación. Es también una de las principales escalas intervalares.

Su fórmula:

$$t = \frac{X^1 - X^2}{\sqrt{\frac{V_1^2}{N} + \frac{V_2^2}{N}}}$$

Una vez obtenida la calificación "t" el paso a seguir - fué buscar en el apéndice la existencia o no de significancia.

La Chi cuadrada fué seleccionada en función de que necesitábamos de un análisis "no paramétrico" para el tratamiento de algunas variables. Esta calificación se distingue de la "t" en que siempre que la muestra es pequeña tiende a ser positivamente colectada. Su importancia reside en que únicamente son dos categorías las que se utilizan y son "si o no".

Su fórmula:

$$X^2 = \frac{N(AD-BC)^2}{(AC)(BD)(AB)(CD)}$$

Al igual que en la "t" se deberá consultar el apéndice correspondiente, tomando en cuenta que la manera de deducir los grados de libertad es "df = N-1".

Ambos sistemas de clasificación son los más usados en - investigación de psicopatología dentro y fuera de nuestro país - por los especialistas en ciencias de la conducta.

C A P I T U L O I I I
R E S U L T A D O S O B T E N I D O S

De acuerdo al criterio de selección nuestra muestra quedó formada de la siguiente manera:

Grupo D E P R E S I V O 20

Grupo H I S T E R I C O 20

T O T A L 40

S E X O F E M E N I N O

El diagnóstico clínico de ambos grupos se muestra a continuación en las tablas 1 y 2.

T A B L A 1

D E P R E S I O N

No del caso	Diagnóstico inicial (al ingreso)	Diagnóstico final (al egreso)
01	Neurosis histérica	Neurosis Depresiva
02	Histeria conversiva	Depresión neurótica
03	Neurosis depresiva	Neurosis depresiva
04	Neurosis depresiva	Neurosis depresiva
05	Depresión reactiva	Depresión reactiva
06	Personalidad histérica	Depresión neurótica
07	Neurosis depresiva	Neurosis depresiva
08	Depresión neurótica	Depresión neurótica
09	Neurosis depresiva	Neurosis Depresiva
10	Depresión reactiva	Depresión reactiva
11	Neurosis depresiva	Neurosis depresiva
12	Neurosis depresiva	Neurosis depresiva
13	Neurosis histérica	Neurosis depresiva
14	Depresión reactiva	Depresión reactiva post-partum
15	Neurosis depresiva	Neurosis depresiva
16	Neurosis depresiva	Neurosis depresiva
17	Depresión neurótica	Depresión reactiva
18	Depresión histérica	Neurosis depresiva
19	Histeria conversiva	Depresión neurótica
20	Neurosis depresiva	Neurosis mixta de- presivo/ansiosa



T A B L A 2

H I S T E R I A

No del caso	Diagnostico inicial (al ingreso)	Diagnostico final (al egreso)
21	Personalidad histérica	Histeria conversiva
22	Estado crepuscular his terico	Personalidad histérica
23	Histeria conversiva	Histeria conversiva
24	Neurosis histérica	Neurosis histérica
25	Depresión neurótica	Personalidad histérica
26	Neurosis histérica	Neurosis histérica
27	Neurosis histérica	Neurosis histérica
28	Psicosis maniaco/de presiva	Neurosis histérica
29	Histeria conversiva	Histeria conversiva
30	Histeria conversiva	Histeria conversiva
31	Psicosis maniaco/de presiva	Histeria conversiva
32	Crisis conversiva	Personalidad histérica
33	Neurosis histérica	Neurosis histérica
34	Farmacodependencia	Personalidad histérica/ con adicción
35	Depresión psicótica	Histeria disociativa
36	Neurosis conversiva	Personalidad histérica
37	Oligofrenia superficial	Personalidad histérica
38	Personalidad histérica	Histeria conversiva
39	Histeria conversiva	Histeria conversiva
40	Farmacodependencia	Personalidad histérica/ con adicción

Un dato importante y que no debe ser pasado por alto es - la modificación de diagnóstico que se observa en las tablas 1 y 2 en tantos casos despues de notar la evolución del paciente dentro de la hospitalización. Aunque siempre éste último diagnóstico ha sido en cada caso depresión o histeria.

A continuación en la tabla 3, tenemos la comparación de - ambos grupos de acuerdo a sus características socioeconómicas.

T A B L A 3

DATOS SOCIOECONOMICOS DE LA MUESTRA

variable		Grupo "D"	Grupo "H"	"t"	"p"
<u>EDAD</u>	RANGO	16 a 54	16 a 54	3.46	.01
	MEDIA	32 . 30	25 . 25		
	D. E.	7. 22	5. 64		
<u>ESCOLARIDAD</u>	RANGO	3 a 13	0 a 12	2.41	.05
	MEDIA	9. 25	7. 80		
	D. E.	2. 06	1.74		
<u>NO. DE HIJOS</u>	RANGO	0 a 9	0 a 7	12 .5	.001
	MEDIA	2. 35	.85		
	D. E.	. 52	.19		
<u>ESTADO CIVIL</u>	CASADAS	7	9		
	SOLTERAS	6	7		
	VIUDAS	1	0		
	U. LIBRE	3	2		
	SEPARADAS	3	2		
<u>OCUPACION</u>	HOGAR	5	4		
	AUX. ENFER.	1	1		
	COMERCIO	5	8		
	NORMAL	4	1		
	INTENDENCIA	2	1		
	COMERCIANTE	1	ESTUDIANTES 5		
	MODISTA	1			
	1º PROF.	1			

Debido a la consideración de lo importante que son los -
datos clínicos, a continuación valoramos cuatro aspectos que son:
1º las mujeres con hijos
2º los intentos suicidas
3º la frecuencia de invalidación en cuanto a escala F, Gough
4º perfiles psicóticos de acuerdo al MMPI
mediante la X^2 .

T A B L A 4

variable	Grupo "D"	Grupo "H"	X^2	"p"
Mujeres con hijos	12	8	0.8	N.S.
Mujeres sin hijos	8	12		
con intento suicida	8	7	.10	N.S.
sin intento suicida	12	13		
con perfil psicotico	9	7	.40	N.S.
sin perfil psicotico	11	13		
invalidación	5	9	1.75	N.S.
no invalidación	15	11		

En la tabla 5 se describe la causa desencadenante (aparente) para la manifestación de síntomas en ambos grupos.

T A B L A 5

CAUSAS DESENCADENANTES

causa	no. de sujetos grupo "D"	no de sujetos grupo "H"
Problemas conyugales	6	3
Muerte de algún familiar	3	3
Por seducción	1	1
Se desconoce la causa	3	3
Problemas familiares	1	5
Problemas de relación	2	0
Desarraigo del país	1	0
Despues del nacimiento de algún hijo	1	2
Por alcoholismo del esposo	2	0
Despues de contraer matrimonio	0	2
Por juegos mágicos (ouija)	0	1

T A B L A M M P I

ESCALA	GRUPO "D"		GRUPO "H"		"t"	"p"
	X	D. E.	X	D. E.		
L	5.25	2.60	5.35	2.86	.11	N.S.
F	13.05	8.99	15.40	9.95	.78	N.S.
K	10.00	3.90	9.70	5.01	.21	N.S.
Hs	21.00	6.00	19.35	7.54	.76	N.S.
D	31.45	8.45	30.45	6.14	.42	N.S.
Hi	26.10	7.39	25.95	9.15	.05	N.S.
Dp	28.05	6.79	25.40	5.24	1.38	N.S.
Mf	33.15	5.23	32.70	4.26	.29	N.S.
Pa	15.35	6.16	14.90	7.49	.20	N.S.
Pt	33.65	8.51	37.20	6.80	1.45	N.S.
Es	38.25	13.71	39.75	12.38	.35	N.S.
Ma	23.70	10.95	22.90	5.10	.47	N.S.
Si	35.25	10.95	34.70	7.79	.18	N.S.

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

F
Femenino

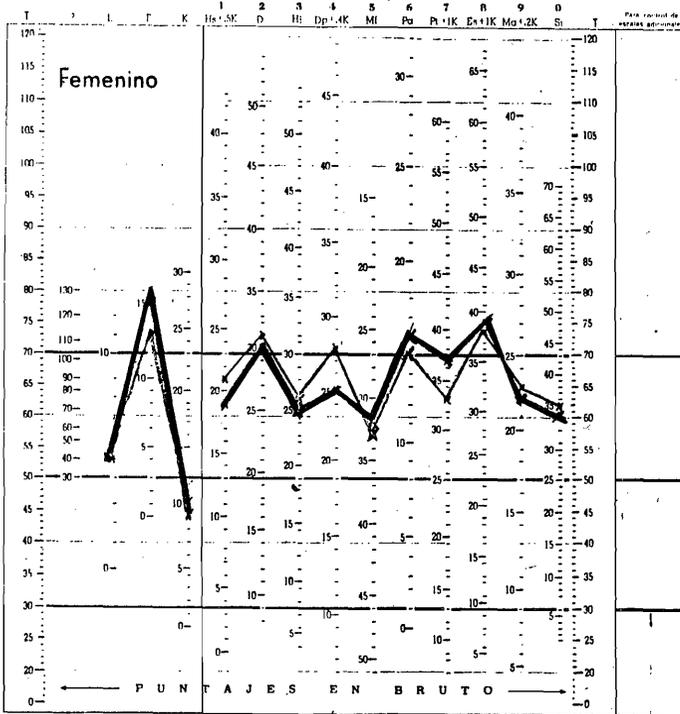
Nombre GRAFICA G.TOS DEPRESION
(letra de molde)

Dirección E HISTERIA

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



K	Fracciones K		
	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

- Depresión
- Histeria

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
Puntaje en bruto	5.35	15.4	9.7	28.5	32.45	26.1	32.4	19.9	28.25	22.9	35.25
Agregar factor K	1.25	3.045	1.59	3.27	3.23	3.75	3.75	3.75	3.75	3.75	3.75
Puntaje corregido	2.1	28.05	2.1	28.05	32.45	32.45	32.45	22.7	32.45	22.7	32.45



Firma

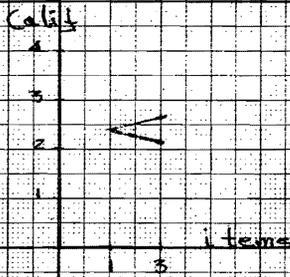
Fecha

T A B L A Z U N G

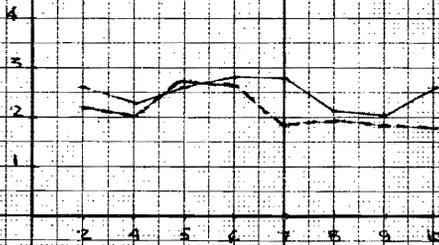
Grupos	Depresión		Histeria		"t"	"p"
	X	D.E.	X	D.E.		
I	5.05	2.16	4.50	1.21	.99	N.S.
II	19.30	4.01	17.45	5.75	1.18	N.S.
III	24.50	8.71	22.15	5.50	1.02	N.S.
<u>TOTAL</u>	48.80	10.91	44.10	9.86	1.43	N.S.

Zeng
GPO. I
Afectivos Persistentes

Depresión
Histeria



GPO. II
Equivalentes Fisiológicos



GPO III

Equivalentes Psicológicos



T A B L A

REGISTRO CLINICO DE HISTERIA

Grupos	Depresión		Histeria		" t "	" p "
	X	D.E.	X	D.E.		
Cuidado Med.	1.10	.78	1.20	.76	.41	N.S.
Sin. Conv.	3.95	1.94	4.05	2.79	.13	N.S.
Resp. Veg.	.95	.68	1.45	.75	2.20	.025 (H)
Sin. Vasc. Esp.	2.50	.68	3.00	1.62	1.27	N.S.
Sint. Grales.	4.55	2.01	3.70	1.55	1.49	N.S.
Digestivo	.75	.71	.85	.48	.52	N.S.
Sint. Menst.	1.15	1.13	1.90	1.20	2.03	.025 (H)
Desaj. Sex.	1.10	.83	1.55	1.31	1.29	N.S.
Fac. Dolor	1.85	1.30	1.60	1.35	.59	N.S.
Int. Suic.	4.60	3.56	4.75	2.84	.14	N.S.
<u>T O T A L</u>	23.40	5.23	24.05	5.37	.23	N.S.

Registro de Histeria

Depresion

Histeria

Calif.

5

4

3

2

1

1

2

3

4

5

6

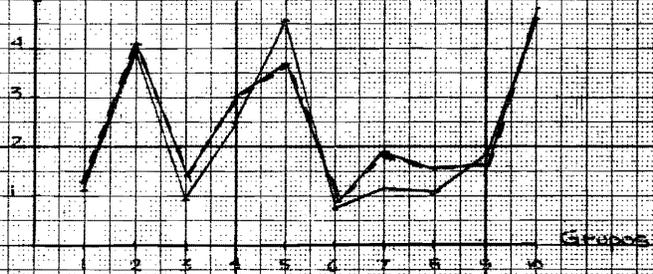
7

8

9

10

Grupos



ANALISIS E INTERPRETACION

DE LOS RESULTADOS

En función del tratamiento estadístico es que hemos obtenido los siguientes resultados para los grupos " D " y " H " en cuanto a las diferentes escalas.

En relación a la primera hipótesis diremos que se acepta la nulidad totalmente de acuerdo a los resultados ya que no se encuentra ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, planteando las siguientes características:

en cuanto a - las escalas L, F y K ambos grupos son sujetos que se manifiestan abiertamente con problemas y piden ayuda por medio del inventario manejando así su patología de una manera "real y conciente" de acuerdo a la descripción de Hathaway y Mc Kinley, aunque cuantitativamente vemos que el grupo depresivo tiende a invalidar menos el perfil que el histérico, teniendo los dos la importante característica de ser confiables.

En lo que se refiere a las diez escalas clínicas ambos - perfiles resultan anormales con rasgos patológicos ya que presentan más de dos escalas arriba de un puntaje de "T" 70 lo que valida la impresión clínica de patología "mental".

Los dos perfiles presentan un cuadro neurótico aunque - aparentemente el depresivo es más patológico y menos controlado ya que tiene escalas impulsivas como son las 4, 6 y 8.

En cambio el histérico a pesar de tener elevadas las escalas 6 y 8 cuenta con la 2 que por ser alta sirve de control y la 4 que a la inversa por ser baja también está protegiendo.

Se puede pensar que el grupo depresivo tiene alta también la escala 2 pero en este caso su acción es secundaria ya que son más las escalas impulsivas que están funcionando.

En cuanto a la combinación de calificaciones Marks y See-

man en 1963 (nota Núñez) afirman que las personas con un perfil en punta de las escalas 4,8 y 2 como es el grupo "D" llevan las siguientes características:

"desconfianza y distanciamiento de la gente evitando relaciones interpersonales con gran temor de involucrarse emocionalmente con otras personas, manifestando inseguridad, necesidad de atención, conducta impredecible utilizando la racionalización y las manifestaciones sintomáticas (acting out) como mecanismo de defensa, no obstante son emocionalmente dependientes". Otras características importantes que mencionan los autores son que tienen gran significancia los intentos suicidas, la conducta manipuladora, las dificultades sexuales, la inmadurez, la hostilidad y el alcoholismo.

En lo que se refiere al grupo "H" la combinación fue 8 - 6 y según Hathaway y Meehl (1961) son sujetos diagnosticados con estados paranoides, presentando cuadros depresivos de apatía, aislamiento social e irritabilidad.

Brantner y Good (1961) afirman que se tratan de pacientes que presentan gran variedad de malestares somáticos, se relacionan inestablemente y se muestran constantemente resentidos; lo que se identifica con los datos obtenidos en ambas escalas de registro psiquiátrico.

Así mismo se afirma que son sujetos con conducta impredecible, con actitud agresiva y hostil ideas de persecución, de grandeza y a menudo alucinaciones.

La descripción americana refiere que generalmente son personas con poca confianza en sí mismos ya que de niños no tuvieron una autoestimación adecuada. Proceden de hogares en que los padres se han separado o divorciado, son también demasiado dependientes de alguno de ellos o de algún pariente.

Frecuentemente no terminan la educación secundaria; tienen dificultades en el proceso de socialización heterosexual.

Si ahora diferenciamos a ambos grupos cuantitativamente observamos que entre todas las escalas clínicas la que tiene una diferencia más grande aunque no llega a ser significativa es la

7 o Pt con una X para el grupo "D" de 33,65 y para el grupo "H" de 37,20 lo que de hecho aporta más información en lo que respecta a rasgos característicos que son posibles encontrar en estos grupos como :

miedos anormales, dudas para tomar decisiones y como se dijo antes esta escala es de angustia y autocontrol de acuerdo a la interpretación americana.

En el mismo caso encontramos a la escala 4 o Dp pero esta vez cargada para el grupo "D" con una X de 28,05 y para el grupo "H" una X de 25,40 las características son:

emocionalmente sombrías con desacuerdo hacia costumbres sociales y morales.

Queda implícito por lo tanto que la primera hipótesis alternativa se deshecha de acuerdo a que no se encontraron diferencias entre ambos grupos mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad.

Hipótesis Nula No. 2 y que se refiere a la escala de Depresión, se acepta de la misma manera que la primera ya que tampoco se registraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos "D" y "H" en cuanto a la subdivisión de la escala. Mostrando los siguientes resultados:

en general los dos grupos son muy parecidos en la variación de sus calificaciones, pero si se denota la depresión del grupo "D" la mayor parte del tiempo sobre el grupo "H" ya que las puntuaciones del primero se elevan en más de 15 ítems, se igualan en 3 y se hunden en 2, con lo cual además se valida la escala.

El grupo I denominado Afectivos Persistentes y que incluye dos ítems (1 y 3) en donde se registra por un lado la depresión y por otro los accesos de llanto plantea que se deprimen por igual los dos grupos pero que en cierta medida manifiestan más accesos de llanto las pacientes del grupo "D" que las del "H".

El grupo II o de Equivalentes Fisiológicos incluye a los ítems (2,4,5,6,7,8,9,10) y se refiere a la exageración de síntomas por la mañana con sensación de alivio conforme avanza el día, varía

ción del sueño, del apetito, del peso, libido disminuida, problemas - gastrointestinales, cardiovasculares y musculoesqueléticos. Encontrando las siguientes diferencias:

el grupo "D" manifiesta sentirse más mal por la mañana que el "H". Así mismo le cuesta más trabajo dormirse durante la noche que a las pacientes del grupo "H".

Los dos grupos expresan dificultades en el comer. Los sujetos del grupo "D" dicen disfrutar menos de las relaciones sexuales que el "H".

Existe más pérdida de peso en el grupo "D" que en el "H" igualmente manifiestan más problemas gastrointestinales y cardiovasculares.

Y finalmente en lo que se refiere a éste subgrupo los pacientes depresivos se cansan más fácilmente que los histéricos.

El tercer grupo o de Equivalentes Psicológicos en donde se incluyen los ítems (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) que se relacionan con agitación, retardo psicomotor, confusión, vacuidad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal y rumiación suicida se anotan las siguientes características:

El grupo "D" manifiesta más retardo psicomotor y confusión que el grupo "H".

Los dos aquejan por igual agitación psicomotora. Así mismo el "D" afirma sentir más desesperanza, irritabilidad e indecisión.

Se manifiestan también más devaluadas personalmente que las pacientes del grupo "H" y finalmente éstas sujetos aseguran tener menos interés para vivir y más insatisfacciones que el grupo "D".

Respecto a los ítems marcados con asterisco y que evalúan cuantitativamente a la depresión, el grupo "D" obtuvo 7 de los 10 - con una puntuación más elevada que el grupo "H".

Por último en lo que se refiere a puntuación total y — aunque tampoco ésta es una diferencia significativa, si existe una

variación importante con una X para el grupo "D" de 48.80 y para el histérico de 44.10 lo que da una calificación básica para el grupo "H" de 51 con un diagnóstico de desórdenes emocionales y para el grupo "D" de 61 con un diagnóstico de depresión ambulatoria.

En lo que se refiere a la tercera y última Hipótesis Nula diremos que se rechaza pero en forma parcial ya que de los diez grupos incluidos en el tratamiento de ésta escala sólo dos reportaron diferencias significativas.

Del primer grupo que los autores denominan de Atención Médica y donde se incluyen las cefaléas o los malestares la mayor parte del tiempo, manifiestan las pacientes de ambos grupos que si lo experimentan pero con poca frecuencia.

En lo que respecta al segundo grupo o Escala de Síntomas - Conversivos son quejas muy frecuentes y a un alto nivel en ambos grupos. Encontrando que el grupo "H" dice tener más problemas de inconciencia, mareos y desmayos. Por su parte el grupo "D" aqueja más frecuentemente amnesia.

El tercer sub grupo que se denomina Autonomico o de Respuestas Vegetativas donde se incluyen solamente dos síntomas que son fatiga y bolo faringeo, es en donde encontramos la primera diferencia significativa en una relación de $p .025$ con una predominancia del grupo "H" con respecto al "D".

El cuarto grupo o de Síndrome Vasculo espasmódico (dificultad para respirar, palpitaciones, ataques de nervios, dolor en el pecho y zumbido en los oídos) es experimentado a un nivel más alto por el grupo "H" que por el grupo "D", aunque es poca la diferencia que existe entre ellos, esto se relaciona con los resultados de la escala Pt del MMPI.

El quinto sub grupo o de Síntomas Generales está formado por anorexia, pérdida de peso, náusea, inflamación del abdomen, intolerancia a los alimentos, diarrea y constipación es el que se reporta más en los sujetos del grupo "D" y en mucho menor cantidad en el grupo "H".

El sexto sub grupo de Dolor Abdominal y Vómito es muy parecido en ambos pero es muy importante hacer notar que fué el de la puntuación más baja de los 10.

El grupo siete o de Síntomas Menstruales (dismenorrea, irregularidades menstruales) es el siguiente que presenta diferencias - con una p .025 del grupo "H" con respecto al "D" igual que el anterior.

El octavo grupo o escala que mide Desajustes Sexuales o Ma ritales es manifestado más por el grupo "H" que por el "D".

El grupo nueve o de Factor Dolor (dolor en la espalda y en las articulaciones) es manifestado en mayor cantidad por el grupo - "D" que por el grupo "H".

Y por último el grupo 10 que mide Intentos Suicidas a nuestro parecer fué de los más importantes ya que fué el registrado con más alta calificación de todos los subgrupos siendo un poco mayor para el grupo "H" que para el "D", pero de gran importancia para ambos.

De una manera general se registran puntajes más altos en - el grupo "H" en comparación al grupo "D" exceptuando las calificaciones del quinto sub grupo en donde el segundo sobrepasa al primero.

C A P I T U L O I V

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Considerando que una metodología de investigación bien llevada, dará lugar al señalamiento de una serie de descubrimientos y posibles aportaciones a futuros trabajos, es que muchos estudiosos de la conducta se han interesado en aplicarla a fin de lograr un análisis diagnóstico diferencial.

Y es por tanto que a pesar de estar tan lejos de ellos hemos tratado de imitarles para intentar descubrir en un momento dado cuales son los diferentes factores que están interviniendo para dar lugar a una conducta, en nuestro caso a dos conductas, la Histérica y la Depresiva.

Hemos de partir primero que nada de los factores culturales para lo que será necesario hacer una mención especial de lo dicho por Díaz Guerrero en su libro intitulado "Hacia una Psicología Social del Tercer Mundo" (1976).

Es necesario para poder trabajar y si se trata de investigación con más razón, de una metodología propia que sea capaz de evaluar por medio de pautas ya establecidas a una población determinada y no, quererle juzgar por estudios biopsicosocioculturales de otros países en los que indudablemente no sería posible encajillar a hombres tan distintos como pueden ser los de dos nacionalidades diferentes.

Si pensamos que todo comportamiento humano se vale y - necesita de contingencias para ser mantenido, debemos dar por hecho que si realmente nuestra cultura tiene fuertes componentes históricos que se están gestando desde el mismo nacimiento de la cultura hasta su muerte.

Pero es quizá más fácil de formarse en la mujer que en el hombre debido a la enseñanza de que somos objeto durante nuestra vida, esto lo estamos comprobando en el presente estudio, en primer lugar porque según se mencionó antes se tuvo que deshechar la inclusión de sujetos hombres debido a que en ellos es rara la histeria (32 % contra 44 % en mujeres) y en seguida tomemos en cuenta que en general las mujeres histéricas son menores que las depresivas, con una menor escolaridad también lo que da como con-

secuencia inmadurez física, mental y de juicio debido a su poca experiencia, aunque sería importante hacer una aclaración y se refiere a que la mujer histérica nunca se beneficia de la experiencia.

Y aquí insistimos en las investigaciones realizadas por autores mexicanos, si la mujer debe ser sumisa y abnegada y la familia al controlarla lo está logrando por lo menos hasta llegar a la edad adulta joven, es donde la ruptura dará lugar a una revelación por parte de ella hacia todas las reglas establecidas manifestando un enfrentamiento activo en busca de su autoafirmación - pero al pasar el tiempo volverá a tornarse inhibida desencadenando de esta manera un problema de personalidad que se hace más agudo si al casarse pasa a ser únicamente ama de casa (Ramírez de Lara y col 1972). Otro autor que coincide con que la histeria es un estilo interpersonal que resulta de las influencias sociales y culturales es Celani (1976) afirmando que es necesario tomar en cuenta la estructura del medio ambiente.

Otra característica importante es el gran montante de ansiedad que lleva consigo la mujer al no resignarse a permanecer en casa sin tener una gratificación personal, poder sentirse útil y por otro lado también estamos viendo que la mujer que tiene que salir a trabajar por la necesidad económica de su familia también desarrollará un gran sentimiento de culpabilidad por tener que abandonar a sus hijos en sus horas de trabajo.

En seguida el tema a tratar será la incidencia de alteraciones mentales y su relación con los factores menstruales.

De acuerdo al BCH. Se denotan más problemas en el grupo correspondiente a factores menstruales para las mujeres histéricas que para las depresivas ya que 13 manifiestan dismenorrea e irregularidades menstruales lo que podemos identificar con Lara y Tapia y col. (1975) quienes observaron la existencia de un síndrome depresivo predominante de esta fase manifestando alteraciones del sueño, disminución de actividad social y laboral, retención de agua, labilidad emocional, síndrome depresivo ansioso que explica la incidencia de suicidio dentro de estos periodos ameritando hospitalización.

Con las siguientes características de personalidad según Belsasso y Lara Tapia (1974) la edad es madura joven, mayor cantidad de sexo femenino, con un nivel de escolaridad secundario y -

que enfrenta problemas afectivos que causan depresión con un gran montante de angustia aparte de que no se rigen por las premisas - socioculturales que se les han enseñado en forma tan estricta. Y en general las investigaciones realizadas y revisadas a este respecto coinciden con que estos sujetos manifiestan una clara personalidad histeroide.

Se reporta también como único síntoma patognómico del Registro Clínico de Histeria el bolo faringeo para las pacientes históricas en lo que también coincidimos con la mayoría de investigadores sobre este tema, como la de Slavney y col. (1974) en donde afirman que de acuerdo al DSM II que es muy acertado para describir a la personalidad histerica, y como denotar la presencia de algunos síntomas como son:

labilidad emocional
autodramatización
inmadurez

y otros rasgos que caracterizan al diagnóstico .

En lo que se refiere al reporte de Bibb y Guze (1972) - concluyen que las pacientes históricas con que trabajaron, manifestaban principalmente un estado de ánimo depresivo en lo que también estamos de acuerdo, aunque no es tan profundo como el manifestado por las pacientes depresivas y más bien conciste en un desorden afectivo secundario.

En lo que no coincidimos es que los autores reportan - la incidencia en el abuso de drogas y alcohol en sus pacientes y en nuestra muestra únicamente detectamos dos casos entre 20. Lara Tapia y Vélez en 1975 manifiestan en su estudio sobre alcoholismo y farmacodependencia que en México las mujeres adictas a fármacos tienen las siguientes características:

se trata de mujeres adultas, cercanas al climaterio (nuestra muestra con una edad media de 25 años está bastante lejos de estas características) - que utilizan fármacos o analgésicos en forma indiscriminada iniciadas con automedicación y que son generalmente esposas o amas de casa, lo que nos indica que la norma para nuestra población - existiendo la información de la cultura en cuanto a la ocupación puede considerarse al climaterio como un elemento biológico que rompe el control "mental".

Otra conclusión a que se refieren Bibby Guze es que la histeria se inicia en una época temprana de la vida, manifestándose principalmente a los 20 o cerca de los 30 años lo que también coincide con nosotros ya que si vemos que la edad promedio de nuestro grupo es de 25 años, el tiempo de evolución puede datar de los 20 o menos años tomando en cuenta que la histeria puede permanecer mucho tiempo latente antes de manifestarse, con lo cual se corrobora la estabilidad de los datos clínicos también.

Así mismo se refirieron a síntomas de ansiedad (tratados anteriormente), disturbios gastrointestinales que de acuerdo al RCH también reportan las pacientes de nuestro grupo (13 anorexia, 11 pérdida de peso, 13 náusea, 11 inflamación del abdomen y 12 constipación) También hablan de dificultades menstruales, tratadas anteriormente por nosotros y finalmente hacen referencia al nerviosismo del cual podemos decir que estamos de acuerdo porque fue uno de los grupos principales que aquejaron a las pacientes.

En lo que se refiere al grupo depresivo se sabe que fue realmente detectado en la EAMD de Zung denotando una depresión ambulatoria al confrontar el stress de la vida en lo que coincidimos con Craig y Van (1976) que señalan tres síntomas a los que se les puede considerar como indicadores de síndrome depresivo. En primer lugar la depresión de la que ya se habló, en segundo lugar la dificultad para concentrarse en donde nuestro grupo depresivo afirma que solamente algunas veces tiene "la mente tan clara como antes".

Finalmente los autores se refieren a debilidad continua y falta de fuerza, en lo que también estamos de acuerdo ya que el grupo está manifestando la mayor parte del tiempo "me canso sin hacer nada" lo que se corrobora también con el RCH en donde 13 sujetos del grupo depresivo afirman lo mismo.

Toca ahora el turno a la investigación sobre depresión realizada por Lara Tapia y col. (1976) en donde señalan que los ítems aislados de la EAMD proporcionan datos cualitativos a cerca de las características de la depresión en cada grupo diferenciando la como síndrome, aspecto que nosotros reafirmamos ya que se denotó de una manera precisa al grupo depresivo diferenciándolo del histérico lo que nos obliga a reconocer una vez más su validez para nuestra población.

Y finalmente será necesario hacer referencia a la corre

lación entre los grupos depresión e histeria a través del MMPI.

Slavney y Mc Hugh (1975) afirman que despues de haber trabajado con pacientes histéricos y depresivos con el inventario multifásico y habiendo encontrado que los perfiles eran muy parecidos era necesario hacerse la siguiente proposición:

el MMPI no fué capaz de diferenciar a los dos grupos confirmando o rechazando la validez del diagnóstico a cerca del concepto de personalidad histérica por lo que suponen que la observación clínica de de presión implica un mayor riesgo y surgen las siguientes preguntas:

- 1.- Pueden los pacientes histéricos haber recibido un diagnóstico de depresión en lugar del de personalidad histérica.
- 2.- Los pacientes depresivos pueden haber tenido una personalidad histérica no siendo clínicamente apreciada su estructura de carac ter.
- 3.- Y finalmente es posible que el MMPI distinga mediante un grue so camino y de acuerdo a factores que no han sido reconocidos por los médicos a la personalidad histérica depresiva de otros pacien tes de presivos.

Concluyen que a su parecer fué el MMPI incapáz de diferenciar a ambos grupos y por tanto los rasgos de inmadurez, vari dad, dependencia, inestabilidad emocional y autodramatización que caracterizan a la personalidad histérica.

Por nuestra parte diremos que cuantitativamente tampoco se lograron diferencias para ambos grupos, pero haciendo un análisis cualitativo quizá si sería posible encontrarlas y muy importantes. Aunque es muy factible que en nuestro caso la principal causa fuera que la prueba no ha sido totalmente estandarizada para nuestro país o que la cultura dé un patrón psicopatológico similar para ambos grupos.

Finalmente será necesario considerar varias situaciones que son muy importantes a nuestro parecer:

1º la gran necesidad exis tente de crear instrumentos estandarizados para nuestra población, a fin de no tener que utilizar elementos de trabajo que pueden ser

útiles para otras pero no para la nuestra.

2º de acuerdo a la frecuencia con que se invalidó el MMPI en ambos grupos sería necesario llevar a cabo un estudio más amplio a fin de elaborar un instrumento - confiable y completo para evaluar psicopatología.

Sin embargo la mayor tendencia a invalidarse el MMPI en los histéricos y a dar perfiles "psicóticos" tiene "per se" un gran valor en la interpretación clínica.

3º sería necesario también realizar una correlación entre la escala de registro clínico de histeria (RCH) y la escala de automejoría de la depresión (EAMD).

4º así mismo correlacionar la escala 3 del MMPI (Hi) con el RCH ya que la correlación de la escala 2 (D) ha sido validada con la de Zung.

5º una proposición que a nuestro parecer es de lo más importante, es la de ampliar la muestra para llevar a cabo nuevamente una comparación de éste tipo a fin de poder validar nuestro estudio.

6º y finalmente si la inteligencia se define como el aprovechamiento de las experiencias, valdría la pena también llevar a cabo un análisis de dicha variable en ambos grupos.

S U M A R I O

Se comprueba nuevamente que tanto la histeria como la depresión son un binomio característico de la mujer mexicana en cuanto a sociocultura se refiere.

Pudiendo explicarlo de acuerdo a éste estudio de la siguiente manera. La mujer de acuerdo a factores biológicos, socioculturales experienciales y de herencia desarrolla una personalidad histérica, pero que a mayor edad y escolaridad se torna en depresión, lo que afirma que las experiencias obtenidas en la escuela y durante la vida — dan más control de impulsos, más depresión de ellos desarrollando — por tanto más actitudes depresivas.

Insistiendo en que la aproximación sintomática de ambas — neurosis hace más difícil lograr una diferenciación clara.

Así mismo se vé que las manifestaciones de la gran histeria según Charcot se presentan en una clase económica más pobre y con un nivel intelectual más bajo creando así menos defensas a su problema neurótico.

Se hace notar que de acuerdo al diagnóstico inicial el 30% de la muestra depresiva recibió un diagnóstico de Neurosis Histérica y el 10 % de la muestra histérica fué diagnosticada con P.M.D.

Se discriminana aspectos importantes para la diferenciación de histeria y depresión como son:

para la histeria el bolo faríngeo y los trastornos de tipo menstrual como la dismenorrea. Así mismo se prueba que la histeria se caracteriza por trastornos de la personalidad manifestandose como síndrome depresivo. También se hace notar la anulación del MMPI y la tendencia a dar perfiles psicóticos con la consiguiente duda de su validéz para nuestra población.

Se confirma la validéz de la EAMD que señala una depresión de poca importancia o algún desorden de personalidad. La escala de RCH se reafirma en su utilidad al discriminar al grupo histérico del depresivo.

para la depresión la disminución de libido es una característica muy importante, así como una gran sensación de malestar al comenzar el día, dificultades para conciliar el sueño aparte de que padecen de más síntomas generales como son — anorexia, disminución de peso, constipación etc. Se confirma así mismo

el patrón depresivo tanto en la escala de Zung (EAMD) como en el registro de histeria (RCH).

Finalmente 15 casos del grupo depresivo desencadenaron su sintomatología por problemas de tipo afectivo del grupo histérico se reportaron nadamas tres. Confirmando que es un elemento básico desencadenante de nuestra sociocultura mexicana reafirmando las referencias citadas anteriormente .

Para concluir es necesario insistir en algo que por ser tan sabido , muchas veces pasamos por alto y es que para llevar a cabo cualquier evaluación psicológica es necesario trabajar con baterías de pruebas y en equipos ya que de no ser así los resultados obtenidos nunca serán lo validos que se esperan y nuestra proyección como profesionistas tendrá mucho que desear.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alarcón R., Investigaciones sobre la personalidad del adolescente Peruano, Memorias del XV Congreso Interamericano de Psicología, Bogotá Colombia, 1974, Pps. 234,235.
- 2.- A. P. A., Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM II)., Washington D.C., 1968.
- 3.- Belsasso G. Lara Tapia H., El Suicidio en México, Rev. Inst. Nal. Neurol., 3: 5-24, 1974.
- 4.- Beck Aaron T., Diagnóstico y Tratamiento de las Depresiones, Merck Sharp and Dohme., Filadelfia, 1976.
- 5.- Bibb Maj R. & Guze S. B., Histerical Briquet's Syndrome in a Psychiatric Hospital., The significance of Secondary Depression., Amer. J. Psychiat., 129: 224-228,1972.
- 6.- Castro López H., La Histeria., Academia de Ciencias de Cuba. Instituto de Investigaciones Fundamentales., La Habana 1975.
- 7.- Celani D., An Interpersonal Approach to Hysteria., Amer. J. - Psychiat., 133: 1414-1418, 1976.
- 8.- Craig T. J., Van Natta P.A., Presence and Persistence of Depressive Symptoms in Patient and Community Populations.,- Amer. J. Psychiat., 133: 1426-1429, 1976.
- 9.- Chamberlain Bosselman B., Neurosis y Psicosis., Prensa Médica Illinois Chicago., 1967, Pps. 18-39.
- 10.- Del Llano Martínez C., Un estudio de premisas socioculturales de la familia mexicana en adolescentes de dos clases sociales en Monterrey Nuevo León., Tesis Profesional., Facultad de Psicología, U.N.A.M. 1971.
- 11.- Díaz Guerrero Rogelio., Hacia una Psicología Social del Tercer Mundo., Cuadernos de Humanidades., México D.F., U.N.A.M. 1976.

- 12.- Díaz Guerrero R., Estudios de Psicología del Mexicano., Trillas, México, 1970. Pps. 23-28 y 165-171.
- 13.- Environmental Factors in Depressive Illness., Brit. J. Psychiat., Marzo 1965.
- 14.- Ey H., Bernard P., Brisset Ch., Tratado de Psiquiatría., Toray Masson., Barcelona España., 1965. Pps. 377-395.
- 15.- Guze Samuel B. & Perley M. J., Observations on the natural history of Hysteria., Amer. J. Psychiat., 119: 960-965, 1963.
- 16.- Hathaway S.R., Mc Kinley J.C., Inventario Multifásico de la Personalidad., El Manual Moderno S.A., 1967.
- 17.- Hirsh Steven J. & Hollender Marc H., Hysterical Psychosis. - Clarification of the concept., Amer. J. Psychiat., 125: 81-87, 1969.
- 18.- Hollender Marc H. & Hirsch Steven J., Hysterical Psychosis - Amer. J. Psychiat., 120: 1066-1074, 1974.
- 19.- Kendell R. E., The Classification of Depressions, a review of contemporary confusion., Brit. J. Psychiat., 129: 15-27 1976.
- 20.- Kimble R., Williams James S., Agras S., A comparison of two methods of diagnosing Hysteria., Amer. J. Psychiat., 132: 1197-1199, 1975.
- 21.- Knoff William F., Psychiatry and Applied Mental Health., State University of New York Upstate Med. Center, 1971.
- 22.- Kompernik et Bordes J., Facteurs organiques dans L' hystérie Société Parisienne D' expansion Clinique Specia., Paris France, 1968.
- 23.- Kretschmer E., Psicología Médica., Labor S.A., México 1957.
- 24.- Kretschmer E., Histeria Reflejo e Instinto., Labor S.A., México 1963.
- 25.- Lara Tapia H., Espinosa García R., La hospitalización psiquiátrica en un sistema de seguridad social ISSSTE., Rev. Sal. Pub. Mex., 8: 901-910, 1976.

- 26.- Lara Tapia H., Ramírez de Lara L., Estudio clínico epidemiológico de los padecimientos psiquiátricos en un sistema de seguridad social ISSSTE., Rev. Sal. Pub. Mex., 17: 675-685, 1975.
- 27.- Lara Tapia H., Ramírez de Lara L., Espinosa García R., Un estudio Factorial de las alteraciones menstruales en hospitalización psiquiátrica., VIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría., Acapulco Gro. Mex. 1975.
- 28.- Lara Tapia H., Ramírez de Lara L., Vargas de Luna R., Índices de depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Un estudio controlado., Rev. Sal. Pub. Mex., 16: 71-78 1974.
- 29.- Lara Tapia H., Lara Tapia L., Premisas Socioculturales y Psicopatología., VII Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría., San Luis Potosí 1974.
- 30.- Lara Tapia H. y Col., Apuntes sobre histeria., Sin publicar 1977.
- 31.- Lara Tapia H., Vélez Barajas J.A., Alcoholismo y Farmacodependencia en un sistema de seguridad social ISSSTE. Un estudio epidemiológico., Rev. Sal. Pub. Mex., 17: 387 -395, 1975.
- 32.- Lara Tapia H., Ramírez de Lara L., Algunas nociones para la medición de la depresión., Rev. Neurol. Neuroc. Psiquiat. 17: 5-15, 1976.
- 33.- Lara Tapia L., Lacouture M., Vives J., Informe al Instituto - Auris del Estado de Mex. 1975
- 34.- Lemperiere T., Las depresiones Psicógenas., Rev. Neurol. Neuroc. Psiquiat. 1976.
- 35.- Lemperiere T., La personalidad hystérique., Societé Parisienne D' expansion Clinique Specia., Paris France, 1968.
- 36.- Magallanes Vega G., Estudio Comparativo entre dos grupos que han hecho y no uso de la marihuana en una escuela de nivel medio superior a través del MMPI., Tesis Profesional Facultad de Psicología, U.N.A.M., 1975.

- 37.- Linford Rees W.L., A Short Textbook of Psychiatry., English U. Press., London, 1967., Pps. 176-197, 199-204.
- 38.- Martínez Estrada A., Lara Tapia H., Correlatos Psicobiológicos de la histeria., Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica. México D.F. 1975.
- 39.- Mayer Gross W., Slater E., Roth M., Psiquiatría Clínica., - Paidós., Buenos Aires Argentina., 1974., Vol. 1.
- 40.- Noyes P. A., Kolb C. L., Psiquiatría Clínica Moderna., La - Prensa Médica Mexicana., 1970, 3a. edic. Pps. 1-6,94,95 500-549, 593, 594.
- 41.- Nájera R., Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología., El manual moderno 1968.
- 42.- Pichot P., Histoire des idées sur L' hystérie., Société Parisienne D' expansion Clinique Specia., Paris France.,- 1968.
- 43.- Ramírez de Lara L., Quintal Velasco E., Lara Tapia H., Vargas M. E., Aspectos Psicofisiológicos de la enfermedad Psiquiátrica., Rev. Neurocir. Mex., 1: 64-73, 1971.
- 44.- Ramírez de Lara L., Lara Tapia H., Vargas M. E., Factores de Transtornos Menstruales en Pacientes Psiquiátricas. Un Estudio Controlado., Rev. Med. ISSSTE., 7: 121-131, 1972.
- 45.- Ramírez de Lara L., Lara Tapia H., Vargas M. E., Eventos Cotidianos y Percepción del stress, enfermedad mental., Rev. Med. ISSSTE., 7: 489-510., Sep,Oct. 1972.
- 46.- Reyes P., Apuntes del Curso sobre MMPI., Centro Médico de Ciudad Universitaria., 1977.
- 47.- Slavney P. R., Mc Hugh P. R., The Hysterical Personality. An - Attempt at Validation with the MMPI., Arch. Gen. Psychiat. 32: 186-190, 1975.
- 48.- Slavney P. R., Mc Hugh P. R., The Hysterical Personality. A Controlled Study., Arch. Gen. Psychiat., 30: 325-329, 1974.

- 49.- Sutter J. M., Scotto J. C., Blumen G., Aspects Cliniques des Accidents Hysteriques., Societé Parisienne D' expansion Clinique Specia., Paris France, 1968.
- 50.- Thalassinós P., Hasday E., Di Blasi L., Comparación de diagnóstico entre las pruebas de Bender? MMPI y la impresión diagnóstica clínica y Psiquiátrica., XV Congreso Interamericano de Psicología., Bogotá Colombia, 1974.
- 51.- Vanghan M., La relación a cerca de la personalidad obsesiva-obsesión y depresión y síntomas depresivos. Brit. J. Psychiat. Vol. 129, 1976.
- 52.- Young R. K. & Veldman D. J., Introducción a la estadística - aplicada a las ciencias de la conducta., Trillas., México 1968., Pps. 209-230.