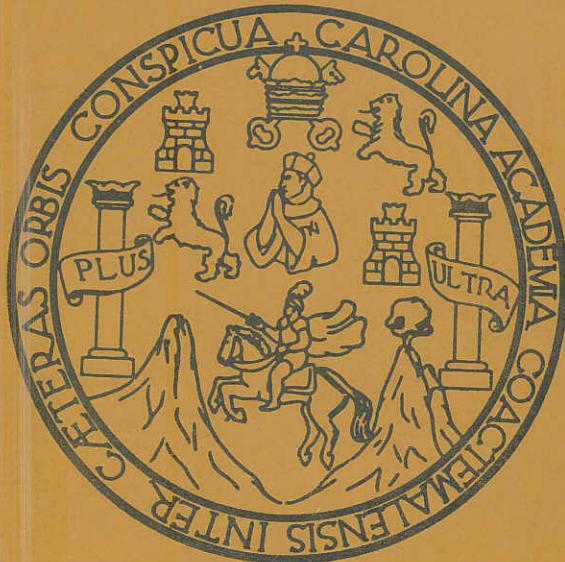


C. 1.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"REACCION DE CONVERSION"

(Un Análisis Crítico de su Incidencia, Diagnóstico
y Tratamiento en el Hospital Roosevelt)

ROBERTO ENRIQUE AGUIRRE MARTINEZ

Guatemala, Junio de 1973.

PLAN DE TESIS

I. CONSIDERACIONES GENERALES:

- a) Definición
- b) Historia
- c) Etiología

II. OBJETIVO:

Investigar que cantidad de casos fueron calificados como tales, métodos que se emplearon para calificarlos, como fueron tratados, evolución, cuantos casos posteriormente les fue encontrada alguna enfermedad orgánica.

III. MATERIAL Y METODOS

- a) Supervisión de papeletas
- b) Entrevistas con médicos Jefes y Residentes para evaluar el manejo de la enfermedad.

IV. DISCUSIONES

V. RESULTADOS

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

VII. BIBLIOGRAFIA.



I. CONSIDERACIONES GENERALES

a) DEFINICION:

Se denomina reacción de conversión, histeria de conversión o neurosis histérica a una forma específica de neurosis caracterizada por la pérdida de la función en cualesquiera de las esferas: física o mental. (1-6-8-9-10).

La pérdida física (conversión) puede ser: de función motora (parálisis o inutilidad para hablar) o de sensación (anestesia, ceguera), de función mental (disociación) que se manifiesta por pérdida de la conciencia (desmayos, fugas), de la memoria (amnesia) o pérdida de la integración total (doble personalidad). (18) Asociadas a la reacción de conversión se considera la indiferencia emocional, también llamada "le belle indifférence" y la ganancia secundaria en donde hay un beneficio indirecto de su síntoma.

El "nudo en la garganta" o "Globus histéricus" es una forma común, probablemente una concomitante psicosomática.

Hay algunos autores que sitúan a la reacción de conversión entre una generalidad de fenómenos llamados por ellos "lenguaje corporal", en los que incluyen el sonrojo, la risa y el llanto; sostienen que estos últimos, llamados espontáneos, (la risa, por ejemplo) se convierte en una experiencia puramente psíquica (diversión) con ciertos efectos físicos: movimientos del diafragma, la glotis, músculos faciales, etc., y por su puesto, enfatizan el que la risa tiene -

un significado. (5) La diferencia entre estos fenómenos espontáneos y la conversión, estriba en que en los primeros, la significación del acto es obvia para todos los miembros de una cultura dada, mientras que la segunda se expresa en un lenguaje altamente especializado accesible únicamente a personas con el entendimiento suficiente para interpretarla.

b) HISTORIA:

Los griegos y los romanos que copiaron a los primeros, tuvieron conocimientos del fenómeno histérico al cual consideraban una enfermedad propia de las mujeres, atribuible a movimientos anormales del útero. El término histeria en sí mismo es derivado de esta teoría física y viene del griego "hystera" que significa útero. (8)

Hipocrates (460-377 A. C.) y los autores hipocráticos de "Corpus Hippocraticum" (8) sosténian el punto de vista que los temperamentos tienen su origen en humores corporales y el tratamiento de temperamentos anormales tenía como mira el restaurar el balance correcto de los humores.

Asclepiades (150 A. C.) (8) sostuvo que las anomalías mentales en general tenían su origen en desórdenes emocionales y fue un creyente en los métodos psicológicos para el tratamiento de ellas.

En su libro de medicina, "De Re Medicina", Celso (8) sugería el tratamiento violento para las enfermedades mentales, ya que sosténia que el "shock" producido por este método devolvía la salud, racionalizando así por siglos, el tratar violentamente a los pacientes con trastornos psíquicos.

Al propagar dogmáticamente la teoría humoral de los temperamentos, Galeno (130 -200 A. C.) (8) retrasó el desarrollo del conocimiento acerca del origen de las enfermedades mentales.

Al escribir su autoanálisis (Confesiones), San Agustín (8) ilustró el papel que las memorias de la infancia, los conflictos emocionales y los sentimientos irrationales juegan en la vida mental del hombre.

Durante la Edad Media, edad del oscurantismo en donde el interés científico se alejó del mundo físico para imbuirse en el espiritual, los conceptos teóricos acerca de la etiología de las enfermedades mentales cambiaron de acuerdo al tiempo. La histeria y otros síntomas neuróticos se explicaron como debidos a que la persona estaba "poseída por el demonio"; las causas, eran pues, fuerzas externas, inmateriales: los demonios, y sus víctimas los humanos inclinados hacia las fuerzas del mal.

"Malleus Maleficarum" (8), tratado escrito por dos monjes dominicos como una guía para los inquisidores en el diagnóstico y tratamiento de las brujas, es uno de los grandes textos de psicopatología de su tiempo y en sus numerosos casos clínicos, uno puede leer descripciones precisas de síndromes clínicos que nos son familiares hoy en día. El tratamiento, demás está decirlo, era la tortura y la muerte.

En los prodromos de la psiquiatría moderna le tocó a la ciudad española de Valencia (8) el ser el lugar en donde se construyó el primer hospital europeo dedicado enteramente a pacientes con enfermedades mentales (1409).

J. Weger (1515-1538) (8), fue el primer médico del cual se dice que su ma-

yor interés fueron las enfermedades mentales; publicó hacia 1563 "La Decepción de los Demonios" en el cual combatía sistemáticamente el punto de vista de que los demonios fueran la causa de los trastornos mentales.

Hacia el siglo XVIII la medicina, junto con la ciencia retornó su interés al campo de los fenómenos físicos comenzando a buscar la naturaleza de los síntomas y su relación con la patología. Sin embargo, pronto se hizo aparente que algunos pacientes "comunmente presentaban síntomas que aparentaban presentar enfermedades físicas conocidas, pero para las cuales no podía encontrarse lesión patológica", (8)

T. Sydenham (1624-1689) (8), dió una descripción de los síntomas de la histeria tan completa y con tanta presión que aún hoy sería difícil mejorarla. Fue el primero en notar que miembros del sexo masculino también pueden ser histéricos y que desórdenes orgánicos aparentes pueden ser síntomas histéricos, aunque no ofreció explicación del mecanismo de la formación del síntoma histérico.

W. Cullen (1710-1790) (8), escribió un libro sobre nosología que fue ampliamente usado; él creía que las enfermedades mentales resultan de un derrumbamiento en el sistema nervioso central. Fue el primero en utilizar el término neurosis para demostrar enfermedades sin fiebre o patología localizada. Whytt, (8) el primer neurólogo escocés, dividió las neurosis en: Histeria, Hipochondriasis y Neurastenia.

Franz Anton Mesmer (8), desarrolló a finales de 1700 el magnetismo animal, llamado posteriormente "hipnosis".

La histeria fue un desorden familiar para los clínicos de los dos siglos pasados, que la consideraban particularmente como una interferencia para el diagnóstico preciso. No fue sino hasta que el gran neurólogo francés, Jean Martin Charcot (1825-1893) (8), médico a cargo de La Salpêtrière condujo estudios pioneros sobre la histeria y el uso de la hipnosis en el tratamiento psiquiátrico. Aunque sus teorías y aún muchas de sus observaciones no han sostenido el juicio del tiempo, su principal mérito está en que el comienzo de todo el movimiento contemporáneo de la psiquiatría psicodinámica descansa en él. Freud y Janet fueron sus discípulos.

Fue Pierre Janet (1859-1947) (8) el psiquiatra francés, que comenzó el movimiento para unir la psiquiatría clínica y la académica. Para él la disociación de la conciencia, fue el concepto clave. Según su teoría en el individuo normal, las ideas y funciones mentales están organizadas en un todo integrado que constituye la personalidad y cada una de estas ideas y funciones está ordinariamente ascequible para ser "llamada" a voluntad por la conciencia.

Lo característico de la histeria es lo que Janet (1) llamó: "Una retracción en el campo de la conciencia personal y una tendencia hacia la diso-

ciación y emancipación de los sistemas de ideas y funciones que constituye la personalidad". Los sistemas disociados de ideas y funciones aunque ya no son ascequibles a la conciencia personal continúan siendo activos al operar automáticamente crean los síntomas de la histeria, que parecen a la conciencia levantarse misteriosamente más allá de su control voluntario.

Sigmund Freud (1856-1939) (8), inició una revolución histórica intelectual de cómo el hombre se mira a sí mismo con su desarrollo de la teoría psicoanalítica. En sus primeros trabajos con la histeria Freud (1) también aceptaba la noción de la disociación, pero su interés se centró inicialmente más en la génesis de los síntomas histéricos en sí mismos que en la naturaleza del estado mental que sostenía su producción.

Su entusiasmo temprano por el uso terapéutico de la hipnosis que venía de su experiencia en Nancy, fue reforzado por las observaciones accidentales de Breuer en Viena. (1)

Breuer descubrió al estar hipnotizando una mujer histérica, que cuando se le permitía a la paciente hablar libremente bajo hipnosis, ella descubría memorias hasta ese momento inconscientes de eventos emocionalmente traumáticos que estaban directamente relacionados con la formación del síntoma.

Más aún, el recordar estas memorias previamente inconscientes y la simultánea expresión de la emoción asociada con ellas, resultaba en la

desaparición del síntoma.

Freud (1), confirmó con su propia experiencia clínica la efectividad del método catártico del tratamiento y propuso una teoría para explicar la formación del síntoma: La emoción asociada con el episodio traumático no era descargada en una expresión emocional externa en el tiempo del trauma, en vez de ello era CONVERTIDA en un síntoma somático histérico que simbólicamente representaba el incidente traumático o un aspecto de él. (10)

La memoria del trauma, despojado por la conversión de la carga emocional, no era ya más de importancia para el paciente y era echada de la conciencia. Para Freud el mecanismo de la conversión era la característica principal de la histeria y se volvió el punto de arranque de todas sus siguientes formulaciones teóricas concernientes a la formación del síntoma neurótico.

Aunque Janet e investigadores en los Estados Unidos como Morton, --- Prince y Boris Sidis (1), continuaron explorando el proceso de la disociación durante el principio del siglo, las formulaciones teóricas cada vez más elaboradas de Freud, gradualmente ganaron la primacía en la mente de los psiquiátricos interesados en el punto de vista psicológico de los desórdenes emocionales. La atención se fue desplazando lejos de las categorías clínicas --- diagnósticas, hacia los mecanismos psicodinámicos que yacen bajo los síntomas y que proveen por lo menos parcialmente, una explicación etiológica

de su formación.

E T I O L O G I A .

Se le atribuye a Charcot, neurólogo de la Salpeteriere a finales del siglo XIX, el ser el primero que intentó emprender sistemáticamente el estudio de la naturaleza y causa de la histeria.

Es explicable, por la naturaleza de su profesión, que atribuyera los síntomas histéricos a un proceso degenerativo hereditario del sistema nervioso central, a pesar de que este no fuera detectable por los diferentes métodos diagnósticos.

Con todo, Charcot no ignoraba la influencia que los factores psicológicos tenían en la histeria, ya que él mismo creaba o suprimía síntomas histéricos a voluntad por medio de la hipnosis, la cual practicó extensamente.

La Hipnosis, según Charcot, era solamente ascequible a personas con enfermedad hereditaria y degenerativa del sistema nervioso central. (1)

Bernheim, (1) quien estaba más interesado en la terapia que en la investigación científica del fenómeno histérico, usó extensamente el hipnotismo como instrumento terapéutico y llegó así a adquirir vastos conocimientos sobre esta. Esencialmente pensaba en la hipnosis como un fenómeno atribuible a la sugestión. Más aún sus observaciones le llegaron a indicar que tanto la sugestibilidad como la hipnosis, eran propias de una personalidad normal, estableciendo así una teoría contradictoria a la de Charcot.

Este fue el principio de una polémica entre ambas escuelas, a saber: la

de Nancy (Bernheim) en contraposición a la de La Salpeteriere (Charcot). En esencia se trataba de una polémica entre una escuela organista vs. una escuela psicológica, siendo únicamente después de largos años de debate que los conceptos de la escuela de Nancy fueron aceptados.

A pesar de que Pierre Janet fue pupilo de Charcot, demostró un modo independiente de pensar al aceptar de que la hipnotibilidad es patognomónica de fenómenos de este tipo.

Janet propuso el concepto de "Disociación" (1) en el cual complejos específicos de ideas escapan a la conciencia o a la volición y que aún cuando permanecen inconscientes continúan produciendo los efectos sensoriales y motores que son en sí los síntomas de la histeria.

Hasta aquí la teoría era puramente psicológica, pero pasó a ser organista al tratar de explicar la disociación en sí, ya que Janet sostenía que la disociación se produce al disminuir la energía mental que une todas las diferentes partes de la estructura de la personalidad integrada, perdiéndose en la organización central de la personalidad, por inercia, ciertos grupos de asociaciones. Janet sostenía que esta disminución de la energía mental no es más que el resultado de una enfermedad degenerativa hereditaria del sistema nervioso central.

Sigmund Freud, vienesés, neurólogo y discípulo de Charcot, comenzó como él, tratando de explicar la etiología de la histeria en base de la neuro-

fisiología. (1)

Su primera publicación psiquiátrica se llamó "Sobre la Histeria" en la cual colaboró Josef Breuer. (2).

Esta primera publicación fue el primer capítulo de la monografía "Estudios Sobre la Histeria" en la cual Freud relata sus primeras experiencias clínicas y se aventura en las primeras teorizaciones. (2)

El lenguaje y el concepto son todos psicológicos y desde entonces Freud abandonó todo intento de explicar los fenómenos histéricos en base a la neurofisiología.

En sus primeras publicaciones (1894-1895) se encuentran las piedras angulares de la estructura que subsecuentemente formó la etiología de la histeria.

Sus formulaciones sobre la conversión se basan en que el sentimiento asociado con un trauma psíquico no se expresa emocionalmente al suceder el trauma sino que "SE CONVIERTE" a síntomas físicos. (1, 2, 6, 10).

Esto nos provee con una explicación del síntoma pero existe una formulación y ésta es que todo el proceso es de naturaleza subconsciente.

La teoría actualmente aceptada de la etiología está basada principalmente en Sigmund Freud y fue formulada de la siguiente manera: (1)

Una fijación de la libido en el desarrollo psicosexual temprano, a nivel del complejo de Edipo, asociada al fallo de abandonar los lazos incestuosos hacia el padre o la madre, lleva a un conflicto en el adulto, el cual está centrado en la libido porque retiene su cualidad incestuosa prohibitiva. El impulso está por lo tanto sujeto a las maniobras defensivas de la represión y la energía derivada de este impulso se convierte en el síntoma histérico, el cual no solamente protege al paciente de concientizar el impulso, sino al mismo tiempo provee una expresión simbólica de él. (1, 2, 10).

Psicodinámicamente se presume que el conflicto "escondido" (edipiano) no sólo se escapa de su represión, sino que amenaza con una desintegración completa de la personalidad, de modo que se recurren a defensas mayores.

El síntoma escogido depende de que un órgano sea de alguna manera más susceptible (locus minoris resistentiae) y depende también de la experiencia psicológica previa del sujeto. El significado y el simbolismo de la parte o función del cuerpo determinan el cuadro clínico. (8)

Característicamente el síntoma único tiene dualidad en su representación; esto es, gratificación indirecta del impulso prohibido y al mismo tiempo sirve como castigo.

Otras observaciones clínicas llevaron a elaborar más aún esta teoría.

Era frecuentemente muy difícil lograr que un sujeto abandonara sus síntomas, en parte porque al hacerlo llevaría al paciente a la incomoda situación de -- concientizar su impulso, que es lo que precisamente el paciente trataba de evitar y lo cual había sido causa central de la formación del síntoma.

Pero se encontraron otras motivaciones para la "retención" (1) del síntoma; el síntoma en sí mismos podría traer ventajas para el paciente e. i. conseguía ser el centro de la atención de los que lo rodeaban y evadir las responsabilidades requeridas del adulto sano "al estar enfermo", tales ventajas gratifican su necesidad de dependencia reforzando la perpetuidad de la conversión, con factores diferentes pero coadyuvantes al del instinto sexual.

O B J E T I V O S .

Los objetivos de este trabajo fueron: Investigar la cantidad de casos calificados como Reacción de Conversión que fueron hospitalizados y los métodos que se emplearon para diagnosticarlos. Conocer como se trata en el Hospital Roosevelt la Reacción de Conversión, una vez se ha hecho el diagnóstico y cual es su evolución.

Investigar la cantidad de casos diagnosticados como Histeria, a los cuaules se les encontró posteriormente un proceso orgánico que explicara los síntomas.

La opinión del médico que está a cargo de éstos pacientes fue tomada en cuenta tratando de llegar a ellos con una pregunta básica: Que hace usted con un paciente histérico?

MATERIAL Y METODOS

A. Se revisaron las papeletas de ingresos de adultos durante los años 1968, 1969, 1970 y 1971. (3)

B. Se diseñó un cuestionario el cual fue pasado a dos grupos de médicos.

1. - Residentes del Departamento de Medicina.

2. - Grupo Mixto.

El primer grupo fue evaluado en su totalidad; del segundo grupo se tomaron únicamente un residente de cada departamento y un jefe de Sala de Medicina.

D I S C U S I O N .

Para la evaluación de papeletas se usaron los siguientes parámetros con los cuales se formó una tabla:

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| a) Edad | f) Métodos usados para diagnóstico |
| b) Sexo | g) Tratamiento |
| c) Raza | h) Evolución |
| d) Estado civil | i) Presencia de enfermedad orgánica. |
| e) Tipo de trastorno. | |

La edad se subdividió en 4 grupos: de 10 a 20 años, de 21 a 30, de 31 a 50 y de 51 años o más.

La raza se dividió en ladina e indígena, tomando para clasificación la referencia que se encontró registrada en la hoja de datos generales de ingreso del paciente.

El estado civil en casado o unido, soltero, viudo y divorciado; tomándose también los datos de la hoja de datos generales de ingreso del paciente.

El tipo de trastorno se clasificaron así:

- | |
|--------------------------------------|
| a) Motores |
| b) Sensoriales |
| c) Memoria, conciencia e integración |

Además, por la diversidad de los trastornos encontrados y no siendo posible determinar cual predominaba, se clasificaron también, mezclando los -

anteriores así:

- d) Motores y sensoriales
- e) Motores y memoria, conciencia e integración
- f) Sensoriales y de memoria, conciencia e integración
- g) Motores, sensoriales y de memoria, conciencia e integración.

Para clasificarlos se tomó el motivo de consulta que aparecía en la hoja de historia clínica del paciente complementándose con la historia de la enfermedad.

Al evaluar la forma como se hizo el diagnóstico, al revisar las papeletas, se encontró que habían tres formas para llegar a él:

- 1- Consultando a un especialista;
- 2- Por exclusión;
- 3- Por historia clínica. Aquí la guía fue tanto la historia clínica de ingreso del paciente como en las notas de evolución.

En lo que se refiere al tratamiento, se encontraron 4 formas:

- 1.- Referencia a Especialista: Psiquiatra o Neurólogo.
- 2.- Tranquilizantes menores (derivados de las Benzodiazepinas, Meprobamato o Barbitúricos).
- 3.- Tranquilizantes mayores (Fenotiazinas).

4.- Tratamiento sintomático: es decir A.S.A. por cefalea, Dimenhydrinato por náusea, etc..

5.- Placebos: (se agregó este inciso para evaluar en que cantidad fueron usados los placebos, pero es discutible si el inciso (4) no debía ser tomado como referente a esta modalidad terapéutica.

6.- Psicoterapia: En este caso, se procedió a evaluar su uso, entendiendo por este término únicamente la comunicación entre médico-paciente, desde la más elemental, hasta la terapia profunda.

La evolución fue evaluada como:

- 1.- Mejorado sintomáticamente;
- 2.- Igual;
- 3.- Peor;

Por último se llenaron tres incisos referentes a si se había o no encontrado enfermedad orgánica en el paciente.

Para la evaluación sobre el criterio que el médico del Hospital Roosevelt tiene sobre la Histeria se diseñó un test de selección múltiple, cuyo objetivo es evaluar el criterio del médico sobre su conducta con el paciente histérico, más que sus conocimientos sobre la entidad.

El test fue pasado a todos los residentes del Departamento de Medicina y también a un grupo mixto de residentes de Cirugía, Obstetricia, Pediatría y

Anestesia, tratando de comparar los resultados.

El test fue el siguiente:

1. - En su criterio la siguiente definición de histeria:

"forma de neurosis caracterizada por pérdida de función de las esferas física y mental" es:

- a) correcta
- b) Incorrecta
- c) Incompleta.

2. - Se cree que un conflicto reprimido edipiano se expresa convertido en síntoma,

y esta es la más aceptada teoría actual sobre la etiología de la histeria.

- a) Correcto
- b) Incorrecto

3. - Cuál de los siguientes términos son sinónimos?

- a) Reacción o histeria de conversión
- b) Histeria
- c) DNV
- d) Pitiatismo
- e) Hipocondriasis
- f) Reacción ansiosa
- g) Neurosis de angustia.

4. - Usted basa su diagnóstico de histeria principalmente en:

- a) Historia
- b) Examen físico negativo para hallazgos orgánicos
- c) Tipo de personalidad del paciente
- d) Similitud con cuadros vistos anteriormente.
- e) Otros.

5. - Usted ha visto pacientes con diagnósticos de histeria en mayor número en:

- a) Emergencia
- b) Consulta Externa
- c) Servicios Internos.

6. - El manejo usado por usted en un paciente histérico es:

- a) Inhalaciones eter
- b) Tranquilizantes menores
- c) Entrevistas
- d) Referencia a un especialista
- e) Placebos
- f) Otro

7. - El tratamiento dado por usted a un paciente histérico:

- a) Ha sido un éxito sintomáticamente
- b) Ha sido un éxito sintomática y etiológicamente.
- c) No ha modificado las manifestaciones del paciente.

8. - Los disturbios funcionales por usted vistos, se han manifestado principalmente en las esferas:

- a) Motoria
- b) Sensorial
- c) Conciencia
- d) Memoria
- e) Integración de personalidad.

9. - Cree usted que manifestaciones histéricas han dificultado o intervenido de alguna forma en su diagnóstico de un proceso orgánico?

- a) Sí
- b) No.

10. - De la cantidad de pacientes con impresión clínica de histeria, vistos en emergencia, usted estimaría que es:

- a) 1/3 del total del día;
- b) 1/6 del total del día;
- c) 1/10 del total del día
- d) No puede precisar, pero el número es considerable;
- e) No puede precisar, pero el número NO es considerable.

R E S U L T A D O S.

- 1. - De los ingresos a adultos en el Hospital Roosevelt durante los años 1968, 1969, 1970 y 1971, el 0.12%, correspondieron al diagnóstico de Reacción de Conversión. (3)
- 2. - El sexo fue predominantemente femenino, con una relación mayor a la de 3:1, ya que el 77.2% correspondió a dicho sexo y el 22.8% al masculino. (3)
- 3. - El grupo de edad predominante fue el de 31-50 años, siguiéndole inmediatamente el grupo de 21-30 años con 40.0 y 34.2% respectivamente. (3)
- 4. - El 100% de los ingresos correspondieron a ladinos.
- 5. - El porcentaje de casado-unido o soltero, es igual al 48.5% de cada uno. (3)
- 6. - Los trastornos más comunes fueron los sensoriales con un 40%, siguiéndole inmediatamente el grupo mixto de trastornos motores y sensoriales. En tercer lugar, tienen el mismo porcentaje (11.4%) los trastornos motores solos y los de: memoria, conciencia o integración de la personalidad. (3)
- 7. - Se hizo el diagnóstico por historia, 42.8%, siguiendo el diagnóstico - por exclusión, 40%. (3).

8.- El 42.8% de pacientes fueron tratados con tranquilizantes menores y el -

18.6% con tratamiento sintomático. (3)

9.- El 71.4% de pacientes mejoraron sintomáticamente, (3) mientras el --

28.6% siguieron igual. (3)

10- El 80% de pacientes no tenían enfermedad asociada, ni les fue encontrado después del diagnóstico. (3)

11.- Estaban clasificados como conversión 54 casos y se encontró que 19 de ellos tenían además otro diagnóstico. (3)

TABLA "A"

DATOS GENERALES (3)

SEXO:	Número de Pacientes:	Porcentaje:
Hombre:	8	22.8
Mujer:	27	77.2
EDAD:		
De 10-20	7	20.0
21-30	12	34.2
31-50	14	40.0
51 o más	2	5.7
RAZA:		
Ladina:	35	100.0
Indígena:	0	00.0
ESTADO CIVIL:		
Casado-unido	17	48.5
Soltero	17	48.5
Viudo	0	00.0
Divorciado	1	3.0

TABLA "B"

TRASTORNOS (3)

	Número de Pacientes:	Porcentaje:
Motores	4	11.4
Sensoriales	14	40.0
Memoria, conciencia, integración.	4	11.4
Motores y Sensoriales	8	22.9
Motores y memoria, - conciencia e integración.	1	2.9
Sensoriales y Memoria, Conciencia e integración.	1	2.9
Motores, Sensoriales y Memoria, conciencia e integración.	3	8.5

TABLA "C"

M A N E J O (3)

	Número de Pacientes:	Porcentaje:
METODOS:		
Consulta a Especialista	6	17.2
Por exclusión	14	40.0
Por historia	15	42.8
TRATAMIENTO:		
Ref. a Psiquiatra	4	11.4
Tranquilizantes Men.	15	42.8
Tranquilizantes May.	6	17.2
Sintomático	10	18.6
Placebos	0	00.0
Psicoterapia	0	00.0
EVOLUCION:		
Mejorado sint.	25	71.4
Igual	10	28.6
Peor	0	00.0

TABLA "D"

ENFERMEDAD ORGÁNICA ASOCIADA (3)

	No. de Pacientes:	Porcentaje:
Se encontró enfermedad orgánica post-diagnóstico	0	0.0
Con enfermedad orgánica asociada.	7	20.0
Ninguno de los anteriores.	28	80.0

TABLA "E"

INGRESOS EN ADULTOS (3)
DURANTE LOS AÑOS DE 1968-1971.

Total de Ingresos en Adultos durante los 4 años.	27,915
Clasificados como Reacción de Conversión	54
Clasificados como Reacción de Conversión pero con otro diagnóstico en sumario.	19

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aunque nuestra intención original era evaluar el manejo del paciente histérico en el Hospital Roosevelt, no fue posible hacerlo en Consulta Externa o Emergencia, porque en la primera las papeletas no están codificadas, y en la segunda el único registro escrito que queda es el diagnóstico en la hoja de control. Nuestro trabajo se circunscribió, pues, a los ingresos a los Departamentos de Adultos.

Generalmente se cree que la histeria es más común en ladinos y casi no existe en indígenas, lo cual confirmamos.

Según Udett y Goodrich (9), la histeria es más frecuente en mujeres, lo cual está de acuerdo a nuestros resultados.

Para Freedman y Kaplan (1) los síntomas frecuentemente comienzan en la adolescencia o en el adulto joven, pero pueden manifestarse por primera vez en el adulto maduro.

La edad de nuestros pacientes en su mayoría estaba en la 4-5a. - décadas, y siguiendo la 3-4 décadas lo cual inclina más la balanza, por lo menos en nuestra investigación, hacia el lado adulto. La 4-5a. décadas, tratándose de mujeres, nos deja con la interrogante del papel que juega el clí-
materio como factor coadyuvante.

Nos pareció interesante que el porcentaje de casado-unido y soltero, haya sido el mismo lo cual nos lleva a pensar que en nuestro medio, el

cambio de estado civil no favorece emocionalmente a la mujer.

De acuerdo a Udett y Goodrich (9), los trastornos más comúnmente vis-
tos son los sensoriales en primer lugar y luego los mixtos (sensoriales y moto-
ras) en segundo.

Merece atención el hecho de que, aunque en la mayoría de pacientes, se diagnósticó la Reacción de Conversión por historia, es decir a su ingreso, con muy poco margen (2.8%) le sigue el grupo en el cual se hizo diagnóstico de conversión por exclusión, es decir, al no encontrar proceso orgánico que explicara los síntomas; ésto nos pareció interesante porque en el curso del procedimiento hay un gasto innecesario de recursos (rayos - X, ECG, etc.)

El tratamiento del paciente ingresado fue hecho casi totalmente a base de tranquilizantes menores: Meprobamato, Diazepam, Oxazepam, lo cual con-
firma nuestra impresión de que el médico general usa estos ansiolíticos in-
discriminadamente con la mínima sospecha de que su paciente sufra un trastorno de la personalidad. La importancia de estos datos estriba en las con-
secuencia que los ansiolíticos tengan en el paciente deprimido. A continua-
ción de los ansiolíticos, se usa el tratamiento sintomático; por ejemplo: A. S. A. por cefalea, Dimenhidrinato por náusea, etc. lo cual nos indica tam-
bién desperdicio de recursos ya que si bien el resultado no varía con los de-
más medios, nos parece que el simple uso de placebos es más económico.

Aquí cabe señalar que uno de los porcentajes más bajos, corresponde al grupo que fue referido a especialistas, y tenemos la impresión por las notas de evolución, que no se consideró el caso lo suficientemente grave para ameritar la intervención del mismo, o bien que se tiene muy poco en mente al psiquiatra como consultante en un caso de histeria y el poco conocimiento de la entidad, al creer que la mejoría sintomática lo es también etiológica.

En ningún caso se encontraron notas de evolución que hicieron referencia alguna a psicoterapia o a entrevistas entre el médico y su paciente, lo cual nos refuerza la idea de lo poco que está en la mente del clínico la medicina psicosomática, o el poco tiempo que dispone.

La evolución del paciente fue en su mayoría hacia la mejoría del síntoma.

La respuesta a nuestra interrogante para investigar en cuantos casos diagnosticados como histeria se encontraba un proceso orgánico que explicara los síntomas, fue negativa.

En la evaluación del test diseñado las conclusiones fueron las siguientes:

Las primeras dos preguntas trataron de estimar a groso modo el conocimiento teórico sobre la entidad. En estas, del grupo I sólo el 37% las contestaron como "correcta", lo cual contrasta con el grupo II en el cual 42%

la contestaron así.

En la segunda pregunta el grupo I el 31% contestó como "correcta", mientras en el grupo II la contestaron el 57%.

Es decir, en ambos grupos menos del 50% tomaron como "correcta" la definición dada, lo cual nos lleva a pensar en un cierto descuido en el conocimiento del problema. La segunda pregunta iba destinada a sondear hasta que punto existía un criterio psicoanalítico, lo cual como se puede ver, es negativo.

Debo hacer notar que la diferencia en las contestaciones en ambos grupos en donde el grupo II contestó con un punto de vista de más conocimiento de la entidad, contrasta con la impresión al entrevistar a los médicos, la cual es que el grupo I mira casi la totalidad de pacientes con este diagnóstico.

La pregunta (3) tenía como propósito evaluar en qué cantidad se usa el término DNV (Desequilibrio Neurovegetativo) como sinónimo de histeria encontrándose un 62% en el grupo I y un 45% en el grupo II. En la siguiente pregunta el grupo I hizo más énfasis en historia y examen físico, para llegar al diagnóstico con lo cual no hay variación al compararlo con el grupo II.

Fue unánime en ambos grupos que la mayor cantidad de pacientes fueron vistos en la emergencia.

En el manejo del paciente se encontró que ambos grupos usaron placebos en la misma proporción, pero el grupo I usó principalmente inhalaciones de éter, mientras que el II tranquilizantes menores. Aquí cabe especular si la poca importancia que se le da a la entrevista con el paciente, se debe tanto a poca preparación psiquiátrica como a lo apurado del tiempo que se está en una emergencia.

Ambos grupos concuerdan en las preguntas siguientes: que el tratamiento instituido es únicamente un éxito sintomático, así como también que el trastorno más comúnmente visto es en el área motora. Por arriba del 93% afirman que manifestaciones histéricas han intervenido o dificultado el diagnóstico en procesos orgánicos y finalmente el 71% del II grupo y el 75% del I grupo, afirman que no pueden precisar el número de pacientes vistos en un día en servicio de emergencia, pero que es considerable.

Con respecto a este último resultado, debo señalar que contrasta con el porcentaje de ingreso, el cual solo es de 0.12% en los 4 años, lo cual puede llevarnos a pensar erróneamente que la histeria de conversión es una entidad más bien rara en nuestro medio.

Creo poder resumir el manejo del paciente histérico de la siguiente manera:

1. - La preparación teórica es deficiente.

2. - El tratamiento es un éxito sintomático.

3. - Se usan recursos no despreciables en su manejo, ya que interfiere en diagnósticos y el número de pacientes es considerable.

De lo anterior podemos hacer las siguientes recomendaciones:

1. - Cursillos acerca de aplicación clínica de la psiquiatría por especialistas a nivel de departamentos, especialmente el departamento de Medicina.

2. - Creación de una plaza de Psiquiatría de planta para manejo de pacientes internados.

3. - Creación de la unidad de Psiquiatría adscrita al Departamento de Medicina.

4. - Servicios de Consulta Externa Psiquiátrica, por la unidad de psiquiatría.

5. - Una mayor comunicación a nivel de departamentos entre el Hospital Roosevelt y el Hospital Neuropsiquiátrico.

A pesar de que el Hospital Roosevelt no atiende casos psiquiátricos, teóricamente al menos, porque deben ser referidos al Hospital Neuropsiquiátrico, hay que recordar que los pacientes no van al hospital por ayuda psiquiátrica sino por cefalea, parestesias, mareos, etc..

BIBLIOGRAFIA

1. - Freedman, Alfred y Kaplan, Harold. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore. The Williams & Wilkins Co. 1967.
2. - Freud, Sigmund. Obras completas. Madrid. Biblioteca Nueva. 1967. (V.I.)
3. - Guatemala. Hospital Roosevelt. Archivos del Hospital. 1968-71.
4. - Harrison, T.R. et al. Medicina Interna. Trad. por Carolina Amor de Fournier et al. 4a. Ed. en español. México. La Prensa Médica Mexicana. 1973.
5. - Hofling, Charles K. Textbook for medical practice. 2a. Ed. Philadelphia. J.B. Lippincott & Co. 1968.
6. - Krupp, Marcus y Chalton, Milton eds. Current diagnosis & treatment. Los Altos, Calif. Lange Medical Publications. 1972.
7. - * Oliveros, José Marís. Histerismo. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Jul. 1873. 33 p.
8. - Solomon, Philip. y Patch, Vernon. Handbook of psychiatry. Los Altos, Calif. Lange Medical Publications. 1971.
9. - Udett, George y Goodrich, Wells. A synopsis of contemporary psychiatry. Saint Louis. The C.B. Mosby Co. 1969.
10. - Vallejo Nájera, Antonio. Tratado de psiquiatría. 3a. Ed. Barcelona. Salvat Editores S.A. 1954.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya.
Sra. Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.



* = Estas sólo fueron consultados por el autor, no citadas en el texto.

BR. ROBERTO ENRIQUE AGUIRRE MARTINEZ

DR. ENRIQUE MORALES CHINCHILLA
Asesor.

DR. MARCO CYRANO RUIZ
Revisor.

DR. JOSE A. QUIÑONEZ AMADO
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD R.
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.