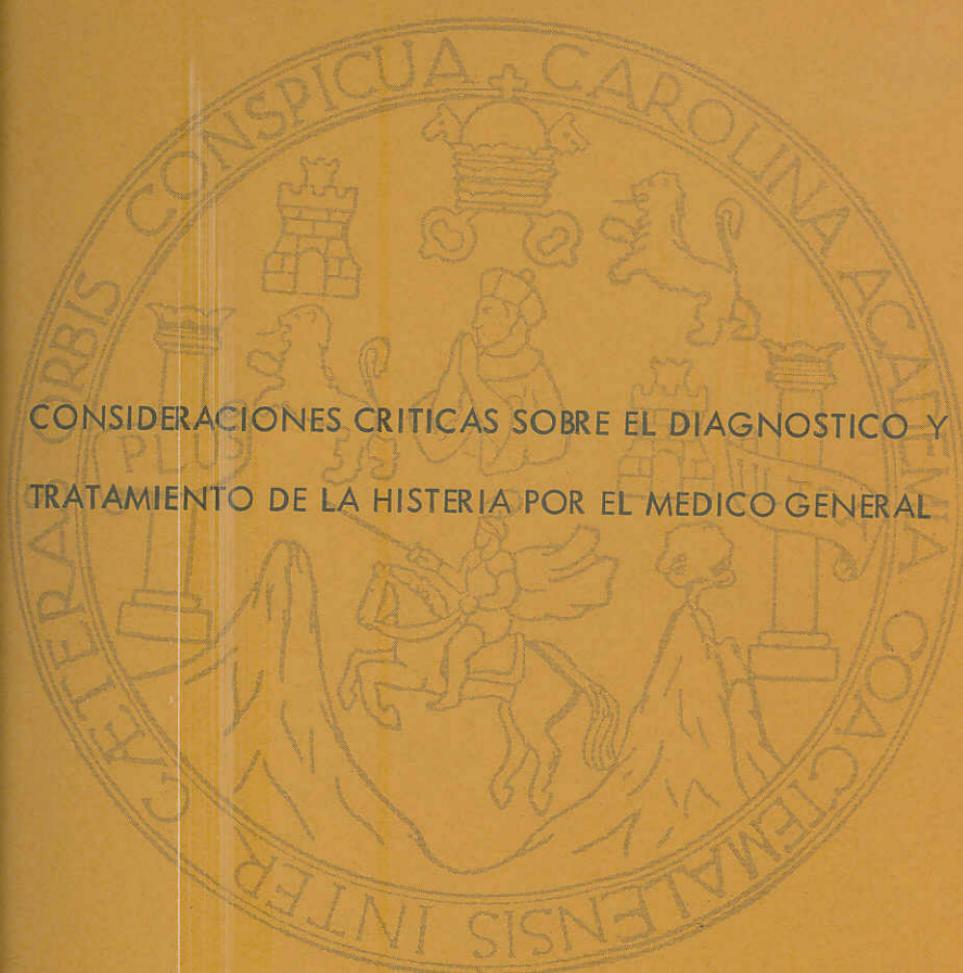


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CONSIDERACIONES CRITICAS SOBRE EL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA HISTERIA POR EL MEDICO GENERAL

CESAR AUGUSTO BARRIOS GARCIA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1977

ÍNDICE

	Página
I. Consideraciones sobre el tema	1
II. Objetivos	11
III. Material y Métodos	12
IV. Resultados y Análisis de los Datos	15
V. Conclusiones y Recomendaciones	20
VI. Bibliografía	22
VII. Apéndice	24

INTRODUCCION

Este trabajo lo que pretende es demostrar que la controversia existente en la definición de un fenómeno mental, pudiera muy bien originarse del concepto de mente que se tenga, y de la forma de verla.

¿Se pueden ver las partes y el todo al mismo tiempo? ¿Se podrá saber el final del camino mientras se le está recorriendo? No, si la razón es lo único que pudiéramos emplear para entender semejante concepto.

I. CONSIDERACIONES SOBRE EL TEMA

A partir de Charcot, se hizo la primera definición consistente de histeria:

"Elementos hipnoideos que representan imágenes traumáticas fijas no conscientes o inconscientes" (1) (subconscientes en original).

Con esta definición, se apuntaba Charcot dos partes en la histeria: la imagen traumática o trauma y su naturaleza inconsciente.

Charcot tenía su propio sistema de diagnóstico y tratamiento, puesto que por medio de la hipnosis, llegaba a establecer el origen de la reacción traumática y su momento de fijación en el consciente del paciente en cuestión. De manera que el mecanismo de la histeria para Charcot es, más o menos, el mismo que para Freud.

Según Freud, lo que recordaba el histérico era lo que lo había sufrido. Ahora bien, ¿dónde se efectuaba este recuerdo? ¿en el plano consciente o en el inconsciente? Obviamente que manteniendo el histérico cierto grado de conciencia (el histérico no pierde contacto con la realidad durante su ataque, aunque puede ser que padezca de amnesia), es una conciencia accesoria formada por los pequeños traumas que en el momento de la transferencia de conciencia durante el ataque se hace cargo de la reacción del paciente, reaccionando así de acuerdo a la energía reprimida durante el momento emocional del trauma (en los casos

más severos, de gran intensidad).

Según estas dos definiciones, se puede asumir que la histeria siendo un problema de causa mental o de relación, afecta impide a tal grado desenvolverse al paciente, o soportar variables cantidades de presión o 'stress', antes de que se manifieste ataque; y es en este punto donde parecería que se unen las diferentes formas de enfrentar el problema. De acuerdo a la escuela formal, que predomina en los países de mayor poderío económico y de tipo pragmático (reflexología, conductismo, etc.), el método más común es el uso de la conducta como único patrón para determinar objetivamente la adecuación de un paciente a su medio o la extensión y naturaleza de su problema. Son los conductistas, los que más llaman la atención, puesto que no encuentran una explicación satisfactoria al problema de acuerdo a sus parámetros objetivos, lo que se aprecia claramente en el párrafo siguiente:

"Desafortunadamente poco ha surgido de toda esta actividad que pueda ser aceptable actualmente como evidencia de una condición específica llamada histeria. En efecto, ni estudios gemelos, estudios continuados, ni estudios clínicos apoyan el concepto de histeria como una entidad aparte, más parecen sugerir que pueden aparecer síntomas histéricos en cualquier condición psiquiátrica, especialmente en las depresiones o como una reacción a algún stress insopportable". (2)

¿Querrá decir esto que Freud se desobjetiviza y se hace puramente personal en la interpretación de los fenómenos? Sería injusto pensar así, puesto que no sería sólo él, sino otros autores

(2) Denis Leigh M. Encyclopaedia of Psychiatry. London 1977.

ya mencionados como Charcot, Breuer, quienes contemplan el problema de una manera similar, considerando la naturaleza de la histeria explicada en términos puramente conceptuales sin relaciones objetivas que pudieran explicar satisfactoriamente la naturaleza del problema.

¿Qué es entonces la histeria? Exceptuando la pura sintomatología, y es esta sintomatología la que probablemente constituye el eslabón entre la mente del histérico y su realidad, para los conductistas, por ejemplo, no importa cuál es la motivación del paciente para manifestar 'determinados' signos histéricos, siendo éstos de una naturaleza más pragmática, prefieren juzgar al paciente histérico en virtud de sus ganancias con respecto a sus relaciones o sus manipuleos de la realidad, que en su forma de adaptarse a la realidad. Lo importante es, que cuando la energía emocional o la carga emocional de un momento dado, es tal, que produzca en el paciente una situación intolerable, éste abandona esta realidad en una inconsciencia parcial, se abandona a su semi-conciencia histérica y sufre el ataque histérico. Esta concepción que está puramente adaptada o que responde a la estructura mental puramente psicoanalítica, contempla como una ganancia 'circunstancial' lo que el paciente pueda obtener de su ataque, y es a esto último, a lo que los Conductistas dan valor, a lo que el paciente gane debido a un manipuleo como es el producto del ataque y su mecanismo de producción. Freud, por su parte, estaba dispuesto a conceptualizar hasta donde fuera posible y como fuera posible.

Ahora, si analizamos el proceso mediante el cual se produce el ataque histérico para obtener una ganancia, y si esa ganancia, se toma como mecanismo de adaptación, se tendría que la histeria es un mecanismo de adaptación a un determinado momento de la realidad de una persona. La ganancia, estaría expresada en adaptabilidad o capacidad de sobrevivir a situaciones exis-

tenciales o que amenacen la existencia, por lo que los mecanismos de adaptación no tienen necesariamente que ser patológicos, sino que poco adecuados o inadecuados. Con lo que se tendría la tendencia moderna de la interpretación de la histeria.

Para el pensador moderno, o para el psiquiatra moderno, es tan engorroso explicar la realidad mental de un histérico de acuerdo a un determinado esquema, que temiendo no llegar a un concepto 'real', prefiere juzgar la pura realidad objetiva sin tenerse a explicar las razones especiales del paciente, excepto en su gana o pierde. Esta interpretación materialista ofrece la seguridad de que no hace falta, o por lo menos no es accesible, la interioridad de un paciente sino sólo la forma en que a nosotros los demás, nos afecta, o sea, su conducta.

En este sentido, las tendencias modernas son como una tercera posición, pero un poco más difusa, porque ellos confieren que el paciente tratando de adaptarse reacciona de la manera que lo hace. Es decir, es un proceso, no una finalidad en sí, para poder entender o tolerar su realidad.

Llevamos pues, tres definiciones del problema o tres formas de contemplarlo y parecería que el problema de explicar una determinada situación mental depende de la agudeza y creatividad en la interpretación de los hechos, de acuerdo a un esquema mental o de acuerdo a los hechos mismos; todo, 'depende del cristal con que se mire', con lo que aún, no hemos demostrado a cabalidad la naturaleza del problema (a menos que fuera ambivalente), y así podríamos incluir más y más definiciones.

¿Cómo puede ser que existan tantas definiciones sobre un mismo problema? ¿tan polivalente es? De hecho, lo es, porque los síntomas histéricos pueden imitar casi cualquier enfermedad. - ¿No será que lo que estamos viendo como una cosa aislada de la

totalidad de la mente humana representa en realidad a esa totalidad? Siguiendo esta línea de pensamiento, para definir histeria habría que definir primero lo que es la mente humana, lo que nos llevaría al plano metafísico. Sólo así, es posible explicar tanta divergencia de opiniones en la interpretación de un fenómeno. Inclusive, pensadores tan controversiales como Laing, no dejan de sorprender cuando hacen una definición de histeria:

"El histérico comienza a menudo pretendiendo que no está en sus acciones, mientras que en verdad se está realizando a si mismo a través de ellas. Si se siente amenazado con este descubrimiento acerca de si mismo, frente a una culpa demasiado intensa, sus acciones son inhibidas, por ejemplo, experimenta - una parálisis histérica que impide la ejecución de las acciones culpables de satisfacción". (3)

En esta definición, se aprecia claramente la interpretación objetiva, con toques psicoanalíticos, del fenómeno histérico. - Sin embargo, a pesar de ello, parecería que va más lejos, porque pone a la histeria como el producto de un yo siempre en pugna con su interpretación de la realidad, de manera que para no querer que efectuar el fenómeno de la represión, prefiere no estar allí o pretende no creer que está allí ('la belle indifference'). - Con esto, el paciente no tiene que enfrentar su verdadero yo. O lo deja que su yo se plante frente a sus más profundas problemáticas.

Es una posición más para explicar el fenómeno de la histeria, tal vez lo que más llama la atención es su apreciación de la mente humana, que manifiesta humanidad a pesar de que se nota bastante elaborado en casi un buen número de autores modernos

incluyendo a Fritz Pearls (La Gestalt), es decir, siempre tratando de adaptar las interpretaciones de la realidad a la pura existencialidad humana; por supuesto, que se puede ir más lejos, hasta el punto de llegar a tener una existencia o forma de vivir histérica, lo cual no deja de ser exagerado, pero que podría ser cierto si se dan las condiciones adecuadas. ¿No será entonces, que hay un error en la interpretación del problema? O léase de este modo, no será que en lugar de enfrentarnos a una simple definición de una enfermedad nos estamos enfrentando con la totalidad de la mente humana para entender y, por supuesto, tener que definir? lo que no sería tan fácil y nos pondría en esta situación.

La histeria, no sería una enfermedad más, sino la expresión del estado mental de un individuo o de la forma en que él en ese momento se enfrenta a su realidad total, lo cual significa una reacción por parte de la mente del total de ella.

Si el problema parece tan complejo, es de esperarse entonces, que las manifestaciones histéricas o el paciente con manifestaciones histéricas, sea siempre recibido por el médico general con un poco de desconcierto; por una parte, porque no se ajusta a las normas usuales de relación médico-paciente y, segundo, porque para hacer su diagnóstico y tratamiento, se procede como en el caso de una enfermedad de etiología conocida o mecanismo de producción explicado. El médico general, por lo tanto, se está enfrentando nada menos que a un problema en el cual está encerrada la totalidad de la mente de su paciente con una serie de manifestaciones físicas que así se lo sugieren.

Aquí, se enfrenta por primera vez el médico general con un problema filosófico para el cual tal vez no está preparado o emocionalmente maduro para resolverlo. Esta no es una idea del todo original, pero parecería que hacia estos problemas debería

tomarse una actitud de más conocimiento de la naturaleza de las cosas como un todo y no de sus partes o componentes.

En las Obras de Platón, Sócrates le decía a un alumno.

"Ahora voy a volver a mis primeras preguntas -dijo Sócrates- y tú respóndeme no lo que te pregunto si-no otra cosa, siguiendo mi ejemplo. Quiero decir que además del modo de responder de que he habla-do, el cual es seguro, veo otro que no lo es menos, y que proviene de cuanto acabamos de decir. Por-que si me preguntases qué es lo que produce el calor en el cuerpo, yo no te diría la respuesta, segura si, pero de ignorante de que es el calor; sino que, de lo que hemos dicho deduciría una respuesta más sa-bia y te diría que es el fuego". . .

De lo que es evidente que hay otra forma de conocer las cosas o de contemplar una problemática, si no se persigue un re-sultado tan inmediato o pragmático (como lo sería inyectar Dia-zepam inmediatamente que se tiene un paciente histérico).

Tal vez toda esta problemática médica-psicológica, provie-ne de esa forma fisiológica de ver o de tratar de ver la mente hu-mana a través de cambios metabólicos precisos o por lo menos ob-servables.

Hasta Freud consideraba que la forma de ver la mente con "un severo sello científico" (5) era dictado por nuestras propias concepciones de la realidad a la cual tratamos de adaptar la na-turaleza que nos rodea incluyendo nuestra propia naturaleza. Evi-

5) Sigmund Freud, "Obras Completas" Edit. Biblioteca Nue-va, 1948.

dentemente que el Profesor Freud estaba de acuerdo en que nuestros razonamientos sobre la mente humana deberían estar encaminados y motivados siempre por el ser humano "la naturaleza del objeto".

La pregunta ahora sería, si el método científico es adecuado para conocer la mente humana. Posiblemente sí, pero nunca se va a tener absoluta conciencia de ella o sea, que vamos a conocer la mente, si es que eso se puede, pero no vamos a tener en ningún momento un cuadro auténtico y tal vez verdadero, de la naturaleza de la mente a menos que reunamos todas las partes de la forma en que hemos analizado el todo (la mente) y que de esas partes reconceptualicemos. Entonces, necesitariamos conciliar todas las definiciones y esto sería sumamente complicado, pero si nos atenemos a un concepto filosófico más sencillo y más profundo como el concepto de que 'como es arriba es abajo' y 'como es el todo así serán las partes puesto que provienen del todo' si es que lo podemos dividir en partes, si esto fuera posible, entonces el ataque histérico no sería más que la muestra del todo, pero que revela el todo, es decir, la totalidad de la mente, con lo cual, la forma de tratar a un histérico muy bien podría ser auxiliarnos de las herramientas científicas, pero sobre todo, tratando de identificarse con la humanidad del paciente, con la totalidad de su ser y apuntar la psicoterapéutica en esa dirección: a la totalidad de su ser.

La totalidad de la existencia humana no es sólo respirar, por ejemplo (aunque sea interesante que sea tan básico, por supuesto), también lo es excretar, metabolizar y.. pensar. Pero el fenómeno de respirar, puede ser entendido aisladamente (o se tiene la impresión actual que realmente se puede entender algo aisladamente, porque es difícil y antinatural crear algo aislado de la naturaleza para 'estudiar' la naturaleza). Sin embargo, aún así, el fenómeno de respirar parece más inteligible y objetivo -

que el fenómeno mental, quizás debido a que este último no se da aislado, sino que siempre refleja la totalidad o el estado del todo.

En ningún momento, se pone en duda la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas antes presentadas, ya señalamos que autores como Charcot -de los primeros estudiosos del problema hasta los autores modernos, todos ofrecen una apreciación que incluye diagnóstico y tratamientos basados en conceptualizaciones personales o interpretaciones de otros, de la estructura de la mente humana 'lo más objetivamente posible'; todo eso, creo que funciona. También funcionaría el simple hecho de, aunque no se sabe nada de psiquiatría, permitir al paciente que se exprese mientras su problemática no sea demasiado compleja, pero si se posee cierto grado de sabiduría, se podría tratar también un problema mental sin conocer ninguna técnica psiquiátrica, únicamente empleando un conocimiento más profundo pero más general de la mente humana.

En el caso del especialista, es posible que tenga que haber una labor intelectual más intensa, por el mismo hecho de estar tratando o tomando el tiempo para tratar una sola clase de problemas; privilegio de la especialidad, pero eso le da una cierta ventaja al especialista, no así al médico general, quien posiblemente no tenga un conocimiento tan profundo, excepto de lo que sea sus intereses personales, de la medicina, por ser la medicina una ciencia de horizontes tan amplios. Por lo tanto, el médico general tiene que contar en cierta forma con su propia naturaleza y su concepto de las relaciones, hasta de la existencia misma, para poder vèrselas con un caso de histeria y, quizás, éste es uno de los mejores argumentos, para una vez más, hacer énfasis en el humanismo de la profesión médica.

Va, pues, este trabajo encaminado a reasegurar al médico

general que su reacción y su concepto de la histeria deben ser estrictamente humanitarios, como lo debería ser la práctica de su profesión en todo momento, aunque no tenga a su alcance en algún momento, el conocimiento adecuado, sobre todo en las enfermedades mentales.

II. OBJETIVOS

Este trabajo se propone probar tres hipótesis que son:

- o. El síndrome histérico revela el todo de una mente padeciente.
- o. Para entender los fenómenos mentales es preciso 'tratar' de hacerlo portándonos un poco humanística y filosóficamente, más que estrictamente pragmáticos; más subjetivos que objetivos.
- o. El paciente psiquiátrico produce un grado variable de desconcierto en el médico general, sobre todo, el histérico, - que inicialmente buscará ayuda del médico general.

III. MATERIAL Y METODOS

Material

Se entrevistaron 30 médicos del Servicio de Emergencia del Departamento de Medicina del Hospital San Juan de Dios, - por considerarse que la mayoría de pacientes con síntomas histéricos o no, son allí conducidos para diagnóstico y tratamiento.- (Hay un estudio similar llevado a cabo en el Hospital Roosevelt -ver Bibliografía).

Muestras

Se entrevistaron 10 Residentes del Departamento de Medicina y Cirugía y 10 Internos de las mismas especialidades. A todos se les pidió que contestaran un cuestionario (ver Apéndice), que comprendía los siguientes parámetros:

1. Conocimiento de la Histeria (Definiciones).
2. Síntomas (Veinte en Total). Ordenados desde síntomas prácticamente orgánicos, tales como fiebre, diarrea, distensión abdominal hasta síntomas más difusos como dificultad para la marcha, debilidad general, parálisis con reflejos normales, etc.
3. Tratamiento. Que va desde el uso del placebo hasta la condición hipotética de que se pudiera hacer consulta al Residente de Psiquiatría de turno; y
4. Personalidades Histéricas. Desde casos no histéricos hasta casos floridos de histeria.

Metodología

El cuestionario en mención fue llenado por los Residentes e Internos de los Departamentos de Medicina y Cirugía mientras prestaban servicio en la Emergencia, por considerar que los pacientes histéricos por lo general llegan allí, sobre todo con síntomas y signos que pueden imitar otras enfermedades.

La intención del cuestionario era evaluar el conocimiento sobre el tema (hasta donde sea humanamente posible para un médico general), desde síntomas y signos, casos clínicos y tratamiento; así como la posibilidad de evaluar la actitud del médico y su reacción ante el histérico.

Las definiciones de histeria (ver Apéndice), se tomaron de autores psicoanalistas contemporáneos que más o menos afecten a la profesión médica actual (se tomó la definición de un texto conocido de Medicina Interna de Cecil-Loeb. No se tomaron definiciones de autores más recientes para la elaboración del cuestionario, porque no es la idea evaluar un conocimiento profundo sino sólo la idea que el médico general tiene de histeria.)

De la misma manera se procedió con los Signos y Síntomas.

En cuanto al Tratamiento, se ordenaron las preguntas de acuerdo a:

1. Técnicas encaminadas a suprimir los síntomas histéricos, pero que poco probablemente ayudarían a resolver el problema del paciente; y
2. Se incluyó tratamientos considerando una forma más racional y sencilla de tratar el problema, aunque tal vez más costosa, como sería consultar con el Residente de Psiquiatría.

tria, si lo hubiera.

Los Casos Clínicos se escogieron sencillos y claros, con el objeto de evaluar el concepto global de la personalidad histérica que el médico general tenga.

IV. RESULTADOS

1. Conocimiento de la Histeria

El 80% de los encuestados estuvo de acuerdo en que la definición más adecuada era la de Cecil-Loeb. El 20% restante se inclinó más a la definición de Freud. Definitivamente a Charcot lo consideraron poco conocido en el medio, aunque en esencia sean lo mismo.

Es obvio, que la interpretación Freudiana de la histeria no es tan favorecida o conocida, sucediendo todo lo contrario con el concepto proveniente del texto Standard de la Medicina Interna, que por ser una traducción de un libro estadounidense tiene una demarcación Conductista.

2. Los Síntomas

1. Ceguera
2. Convulsiones sin relajación de esfínteres
3. Parálisis con reflejos normales
4. Hipersensibilidad cutánea
5. Dificultad para la marcha
6. Vértigo
7. Dolor
8. Hipersensibilidad a los ruidos
9. Debilidad General
10. Sordera
11. Dispepsia
12. Hipotensión (asumiendo que no hay hipovolemia)
13. Vómitos
14. Indigestión
15. Fiebre

Síntomas (cont.)

16. Meteorismo
17. Diarrea
18. Estreñimiento
19. Distensión abdominal
20. Tenesmo.

De la lista anterior, los siguientes:

Ceguera
Convulsiones
Parálisis
Hipersensibilidad Cutánea, y
Dificultad para la marcha

fueron escogidos por el 100% de los encuestados como inequívocos de histeria o por lo menos que la sugerían fuertemente.

Por otro lado, el 80% escogió como signos de histeria los siguientes:

Vértigo
Dolor
Hipersensibilidad a los ruidos
Debilidad General

Después de los signos anteriores, del 50 al 60% de los encuestados escogió: Sordera y Dispepsia y únicamente el 20% Hipotensión y Vómitos.

El resto de los signos, de la lista inicial, que no fueron considerados como histéricos, son: Indigestión - Fiebre - Meteo

ismo - Diarrea - Distensión Abdominal - Tenesmo y Estreñimiento.

Es interesante notar el hecho que de los signos considerados no-histéricos y exceptuando Indigestión, Estreñimiento, y descartando Aerofagia (como causa de distensión abdominal, no funcional) el resto de los signos que no fueron escogidos, Fiebre, Meteorismo, Diarrea y Tenesmo y probablemente Distensión Abdominal, no son signos característicos de histeria y por lo general cuando están presentes obedecen a razones puramente orgánicas.

Todos los signos escogidos con unanimidad y al 100% son por lo general, de naturaleza histérica o frecuentemente imitados por la histeria y nótese que todos corresponden a órganos de relación que es por donde generalmente se manifiestan más frecuentemente las reacciones histéricas de conversión.

3. Tratamientos

Tres tratamientos fueron escogidos por el 100% de los encuestados como lo son:

- (1) Inyectar Valium IM.STAT. y referir al paciente al Depto. de Psicología de Consulta Externa;
- (2) Hablar con el paciente para tratar de establecer Diagnóstico y referirlo después al Depto. de Psicología; y
- (3) Hacer consulta al residente de psiquiatría de turno.

El 80% de los encuestados escogió Hipnosis y la casilla que

leña que "Aunque no se platico a fondo con el paciente se reconocen los síntomas de una histeria se referirá Depto. de Psicología sin iniciar terapia alguna directamente!"

Y únicamente el 60% escogió que hay que hablar con paciente para tratar de establecer diagnóstico para referirlo después al Depto. de Psicología.

Únicamente el 2% escogió la variable donde se recomendaba como posible tratamiento, "Golpear o sacudir energicamente al paciente (sin lesionarlo) hasta que se recupere enviarlo a su casa".

4. Variedades de Personalidad Histérica

Menos del 20% escogió los ejemplos de personalidades histéricas.

5. Reacción al Cuestionario

La mayoría de los médicos entrevistados se manifestaron interesados en el problema de la histeria y en los objetivos del cuestionario, lo que nos sugiere que el médico general está interesado y es motivado fuertemente por los problemas psiquiátricos, pero carece de la formación académica adecuada para enfrentarlos.

ANALISIS DE LOS DATOS

Los datos parecerían indicar que el Médico General si tie-
conocimiento adecuado en cuanto a reconocer los síntomas que
son histéricos, pero que podrían ser confundidos al ser anali-
dos con toda la sintomatología de un paciente. Estos signos
: fiebre, meteorismo, diarrea, distensión abdominal, tenesmo
estreñimiento.

No hubo mayores disparidades en cuanto al resto de las pre-
tas referentes al concepto de histeria y su tratamiento. Aun-
que de este último, vale la pena mencionar que menos del 2% es-
to de acuerdo en agredir y golpear a un paciente, aunque fue-
rigeramente, como un método de choque para obligar al pa-
ciente histérico a recuperar su conciencia normal, lo que por lo
general sucede en el ataque histérico. Vale la pena mencionar-
que un buen número (80%) escogió como tratamiento la
hipnosis, método empleado por Charcot y todavía válido para los
que pueden hipnotizar, pero poco práctico actualmente.

Fue opinión unánime que si hubiese Residente de Psiquia-
tría, se le hubiera referido el caso para su diagnóstico y trata-
miento, con lo cual se hace evidente la necesidad de un Depart-
amento de Psiquiatría en el Hospital General San Juan de Dios,
a no dejar a este tipo de paciente sin ofrecerle alguna clase
de atención.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Del trabajo anterior podemos concluir que nuestras dos primeras hipótesis si bien no son demostrables por el método científico, tampoco pueden ser negadas por lo que se pueden considerar ontológicamente valederas.

En lo que respecta a la tercera hipótesis, podríamos considerarla parcialmente probada, porque si bien es cierto que el paciente histérico produce algún grado de desconcierto en el médico general, también despierta en éste un grado moderado de curiosidad, que adecuadamente dirigida (educación) podría redondear en una mejor atención al paciente psiquiátrico.

Por otro lado, el médico general es capaz de reconocer los signos más importantes de la histeria y darle tratamiento (este último menos adecuado) con los medios que cuenta y hasta donde su conocimiento del problema se lo permita en por lo menos el 80% de los casos. El paciente recibe atención en la Emergencia del Hospital General, aunque no exactamente psiquiátrica.

RECOMENDACIONES

En vista del interés y polémica que el cuestionario utilizó despertó en los señores médicos, así como también por el análisis de los resultados, respetuosamente recomendamos que:

1. Se debería referir todo paciente en quien se sospeche un problema de tipo psiquiátrico y que no tenga lesión o problema orgánico demostrable al Departamento de Psiquiatría

o Psicología, si lo hubiera, y si no existe crearlo.

Se debería contar con un psiquiatría "de llamada" para tener por lo menos esa ayuda en la Emergencia. De ser posible, el ideal sería tener un Residente de Psiquiatría en la Emergencia, pero esto último quizás sería costoso y no completamente necesario.

Mejorar la educación psiquiátrica del médico general, hasta convertirla en una especialidad como las ya conocidas (Medicina, Cirugía, Pediatría, Maternidad y Ginecología) con lo cual se mejoraría el tratamiento que hasta ahora se ofrece en el Hospital General San Juan de Dios, puesto que hemos demostrado que diagnóstico si se hace, aunque no sea con la comprensión y terminología adecuadas.

En vista de que el reconocimiento de los problemas mentales requiere cierta habilidad, se debería emplear mucha labor educativa en los familiares del paciente histérico para que este último sea comprendido por su propia familia (Plan Educacional en el Sistema de Clasificación por Problemas) y a su vez ayudado por ella.

Y por último creemos que sería conveniente que la Universidad de San Carlos dé todo su apoyo a instituciones que

VI. BIBLIOGRAFIA

Marín Oliveros, José

Histerismo

Tesis, Guatemala, 1873.

Barrios Coronado, Rodolfo Roderico

Necesidad de la Psiquiatría para el Médico General

Tesis, Guatemala, 1976

Aguirre Martínez, Roberto Enrique

Reacción de Conversión: Un Análisis Crítico de su incidencia, diagnóstico y tratamiento en el Hospital Roosevelt

Tesis, Guatemala, 1973

Trabanino, Tadeo

Histerismo

Imp. de P. Arenales, Guatemala, 1883

Leigh M. Denis

Encyclopaedia of Psychiatry

London, 1972

Laing, R. D.

El Yo Dividido

Fondo de Cultura Económica, México, 1975

Freud, Sigmund

La Histeria

Alianza Editorial, 1974

Platón

Obras de Platón

Editorial Nacional, México, 1973

Freud, Sigmund
Obras Completas
Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948

Li Pang
Dhammapada
Viking Press, New York, 1976.

VII. APENDICE

1. CONOCE UD. LO QUE ES HISTERIA

A.	La histeria es una consecuencia de insatisfacción sexual. Hipócrates					
B.	Los síntomas histéricos son producidos por elementos hipnoideos y representan imágenes traumáticas fijas, subconscientes. Charcot.					
C.	Los síntomas histéricos son producidos por reminiscencias. Freud.					
D.	La histeria es un trastorno de la conducta en que más o menos inconscientemente se imitan síntomas y signos de una enfermedad física para ventaja personal. Medicina Interna Cecil-Loeb.					
E.	Otras:					

2. SEÑALE 10 SINTOMAS PURAMENTE HISTERICOS

1.	Indigestión			1.	Dolor	
2.	Fiebre			2.	Diarrea	
3.	Ceguera con reflejos Nls.			3.	Convulsiones sin relaj. esfinteres	
4.	Hipotensión			4.	Vértigo	
5.	Dif. para la marcha			5.	Estreñimiento	
1.	Debilidad gen.			1.	Parálisis con refl. Nls	

2. Dispepsia				2. Distensión - abdomin.			
3. Sordera				3. Hipersens. cutánea			
4. Meteorismo				4. Tenesmo			
5. Hipersens. ruidos				5. Vómitos			
Otros	Otros						

ENUMERE 5 POSIBLES TRATAMIENTOS CON LOS HISTERICOS

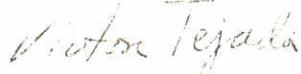
- A. Valium IM. STAT. y referirlo al Depto. de Psicología de Cons. Externa
- B. Hipnosis
- C. Hiperventilación dentro de bolsa plástica
- D. Uso de placebo (como inyectar agua desfilada, etc.)
- E. Golpear o sacudir enérgicamente al paciente (sin lesionarlo) hasta que se recupere y enviarlo a su casa.
- F. Valium IM y mandarlo a su casa con una fuerte reprimenda por su comportamiento.
- G. Simplemente hablar con el paciente y mandarlo después a su casa.
- H. Hablar con el paciente para tratar de establecer diagnóstico y referirlo después al Depto. de Psicología.
- I. Inyectarle Valium y mandarlo a su casa lo más pronto posible.

J .	Aunque no se platicue a fondo con el paciente si se reconocen los síntomas de una histeria se referirá al Depto. de Psicología sin iniciar terapia alguna directamente.					
K .	Hacer consulta al residente de psiquiatría de turno .					

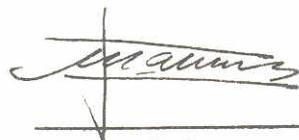
4. SEÑALE 4 "VARIEDADES DE PERSONALIDAD HISTERICA" (Con Hist.)

A .	Tartamudez súbita de maestra de 60. grado, el esposo refiere que mientras la paciente duerme habla "incoherencias" pero sin tartamudear.					
B .	Paciente de 39 años oficio pagador, sin ninguna razón ha perdido la habilidad para contar.					
C .	Edad 52 años, sexo Masc., soltero, crítico de arte, pierde la vista después de 1) asistir a una inauguración de arte de nuevos valores - de la época (expositores de 20 a 30 años) ; 2) Hace una súbita conquista, joven y muy bonita. Van a la cama y no hay erección. Amanece sin ver (con la señorita), consciente, coherente y completamente indiferente.					
D .	Adolescente, del sexo femenino de 15 años, ha tenido crisis de "enojo" y luego "desmayos", sin haberse golpeado en ninguno.					
E .	Soltera, 39 años, habla continuamente, demasiado pintada, seductora, se presenta porque tiene un dolor abdominal difuso.					

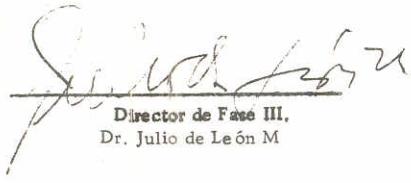

BR. 
Augusto Barrios G



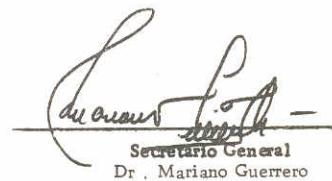
Asesor,
Dr Víctor Tejada



Revisor,
Dr. Miguel A. Marín


Julio de León M.

Director de Fase III,
Dr. Julio de León M


Mariano Guerrero

Secretario General
Dr. Mariano Guerrero

Vo. Bo.


Decano

Dr. Carlos Armando Soto