

182
29



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPRESION EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON INTERVENCION
QUIRURGICA COMPARADO CON PACIENTES NO HOSPITALIZADOS

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a

LILIANA TRUJILLO PIEDRAHITA



México, D. F.

1985



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.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
<u>INTRODUCCION</u>	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO.....	3
<u>I. 1. DEPRESION</u>	18
1. 1. 1. ANTECEDENTES.....	18
1. 2. TEORIAS PSICOLOGICAS DE LA DEPRESION.....	21
1. 2. 1. TEORIAS TEMPRANAS.....	21
1. 2. 2. TEORIA CONDUCTUAL.....	21
1. 2. 3. TEORIA COGNOSCITIVAS.....	23
1. 2. 4. TEORIAS PSICODINAMICAS.....	25
1. 3. DEFINICIONES.....	26
1. 4. REACCIONES DEPRESIVAS.....	29
1. 4. 1. DEPRESION REACTIVA.....	32
1. 4. 2. DEPRESION NEUROTICA.....	34
CAPITULO II	
<u>METODOLOGIA</u>	36
2. 1. PROBLEMA.....	36
2. 2. HIPOTESIS.....	36
2. 3. VARIABLES.....	36
2. 4. SUJETOS.....	37
2. 5. ESCENARIO.....	37
2. 6. MUESTRA.....	38
2. 7. DISEÑO.....	38
2. 8. PROCEDIMIENTO.....	38
2. 9. INSTRUMENTO.....	40
CAPITULO III	
<u>DEFINICION DE TERMINOS</u>	47

CAPITULO IV

<u>RESULTADOS DEL ESTUDIO Y SU ANALISIS ESTADISTICO...</u>	Pág. 52
--	---------

CAPITULO V

<u>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....</u>	61
--	----

CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
---------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	64
--------------------	----

INTRODUCCION

Si alguien llega a un hospital por alguna enfermedad, la que sea, se encuentra con que ha ingresado a un mundo diferente.

La razón que fundamenta la realización de la presente investigación es darse cuenta de las alteraciones psicológicas que se presentan básicamente en sujetos sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Una de las razones que me indujo hacer la investigación, fue ver que cuando se le dice a un paciente que va a ser hospitalizado, surge en él una serie de cambios emocionales, como angustia y depresión.

Los estudios consultados hacen referencia a que este evento produce de alguna manera cierto nivel de angustia en los pacientes.

Las razones que motivaron la presente investigación puede resumirse así:

1. - Al estar haciendo mi servicio social en el Hospital Pediátrico General y de Urgencias "Xochimilco", me tocó ver que los aspectos emocionales del niño operado están descuidados y que hay alteraciones psicológicas presentes en todos los pacientes sometidos a cirugía, y me motivó a pensar que esto sucede también en los adultos sometidos a ésta.

2. - El desconocimiento del problema en nuestro medio, y la falta de cualquier tipo de preparación y/o tratamiento adecuado en las reacciones psicológicas del paciente.

3. - Poder prestar una colaboración, en lo que concierne a nuestra profesión, a estas personas.

4. - Constituir una voz de alerta al personal relacionado, en el sentido de que cualquier sujeto sometido a una situación de hospitalización debe ser atendido no sólo desde el punto de vista médico, sino también en su aspecto psíquico.

5. - Es importante y me interesa sobremanera aclarar y dar a conocer a todos los que componen el equipo médico y a todos los que tengan relación con el hospitalizado, que la persona que ingresa a un hospital en calidad de enfermo sufre cambios emocionales, de los cuales uno de ellos es la depresión, misma que aparece en las personas al ver que tienen un cambio o lo van a tener en su cuerpo.

Es por esto que dicha investigación nos va a aportar algo más de conocimiento con respecto a la conducta humana. Espero y mi máximo anhelo es el contribuir, aunque sea de una manera mínima, a conocer los cambios que tiene el ser humano.

Para el manejo teórico de la investigación, me ubico dentro de un marco de la teoría psicoanalítica, basicamente de los principios relacionados con la depresión.

El objetivo de la presente investigación es ver si influye la hospitalización para incrementar los niveles depresivos en los pacientes que están hospitalizados con intervención quirúrgica, comparado con pacientes no hospitalizados.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Hace más de 1900 años, Juvenel el satírico romano habló de una "Mente sana en cuerpo sano". Así es, la idea de salud mental no es del todo nueva, aunque en la actualidad se oye hablar de esto con mucha más frecuencia que en el siglo XIX. Podría pensarse que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad, pero en realidad sería abordar el tema desde el punto de vista negativo; un método positivo de abordarlo consiste en pensar que una persona mentalmente sana es aquella capaz de hacer frente en forma constructiva a los problemas que pueda encontrar en la vida, conservando al mismo tiempo una actitud serena con las personas que le rodean y para sí mismo; tal persona tiene entusiasmo por la vida.

Por supuesto, como afirma el famoso psiquiatra americano - Guillermo C. Meninger, "La salud mental perfecta es un ideal al que todos esperamos, pero que en raras ocasiones se logra, y sólo por momentos". Porque todos tenemos problemas emocionales y el que llegue a afectarnos o no depende de las fuerzas de nuestra personalidad y del grado de tensión a que estemos sometidos.

Otro requisito previo para una buena salud mental consiste en liberarse de toda tensión y ansiedad; por supuesto, es natural preocuparse por una enfermedad seria en la familia, pero en ocasiones hay preocupaciones excesivas por algunos incidentes menores lo que tal vez se deba a una aprensión experimentada en el pasado.

La persona sana reconoce que esta ansiedad o emoción excesiva no es razonable. Algunas veces los conflictos interiores afectan físicamente a la persona traduciendo en dolores de cabeza o de enfermedades tales como úlceras o alta presión.

En siglos pasados, se creía que una persona cuya mente o emociones llegaban a alterarse estaba poseida por los demonios; ahora se entiende que tal persona está enferma y debe ser tratada como cualquier otro paciente.

Para el médico, la enfermedad es una alteración de las células que comprometen su supervivencia, para el sociólogo y el antropó

logos, es la mala adaptación al medio ambiente.

Las alteraciones celulares o de los tejidos obedecen a causas - circunstanciales que pueden ser físicas (calor, frío, radiación, etc.), biológicas (virus, bacterias, parásitos, venenos) o de situación - (factores que producen stress, tensión emotiva).

Si un individuo en pugna con esas circunstancias las encara con - éxito, sobrevivirá, aún cuando, al fin de cuentas, le queden cicatrides. Si no las puede vencer, irá empeorando, más o menos rápidamente, por la desaparición progresiva de sus células y de las funciones que desempeñan.

Cada individuo tiene cierta tendencia innata a ajustarse a esas - circunstancias o a ser destruido por ellas; así se vuelve inmune o - susceptible a las mismas.

Tomando el desarrollo histórico de la medicina, desde Hipócrates (siglo IV a. de J. C.) y la escuela de Salerno (100 - 1300 d. J. C.) y desde el apogeo de ésta última hasta la segunda mitad del siglo XIX, - vemos que ciertamente en cuanto a médicos que atendían y ayudaban a los hombres que sufrían (actitud clínica), la consideración del hombre total que es el enfermo no podía ser aludida cualquiera que fuera la doctrina patológica vigente y la calidad de recursos terapéuticos - utilizables.

En cuanto a patólogos, los médicos de occidente desde Galeno hasta Virchow, como defensores del pensamiento patológico de ese tiempo han dejado a un lado la capacidad del médico como observador clínico para captar la totalidad psicofísica de los pacientes, y al estudiar la enfermedad humana han considerado solamente su vertiente somática.

Esta medicina con una visión naturalista del hombre, al pasar de la realidad clínica a la concepción patológica elude, ignora y desconoce la esfera psicológica del enfermo. La falla fundamental y la incapacidad para comprender al hombre como totalidad psicósomática fué -- metodológica.

Los médicos no sabían usar el diálogo como recurso esencial para abordar la intimidad del paciente o si lo hacían no lo fué suficientemente como para permitir una elaboración de un esquema patológico diferente.

El estudio de la intimidad del paciente a través del diálogo médico-paciente (Charcot, Janet, Bernheim, Freud), fué el punto de partida para iniciar la comprensión de enfermedades en las cuales el esquema clásico era inadecuado.

La patología psicosomática emerge del estudio de la neurosis humana ante la imposibilidad de encontrar en ella una lesión anatómica primaria determinante de la evaluación patológica.

En estas afecciones el trastorno funcional no es la consecuencia de una lesión primaria del órgano. Esto llevó a la inversión del esquema original y a la elaboración de una concepción diferente. No encontrándose otra causa que explicara el disturbio funcional, se pensó entonces en un desajuste primario del Sistema Nervioso Vegetativo y subsiguientes trastornos de la función a nivel de uno u otro órgano con o sin lesión anatómica posterior del mismo. Por supuesto el disturbio o distonía vegetativa primaria quedaba sin explicación acudiéndose entonces, a vagas hipótesis que se refugiaban en la constitución y en las disposiciones individuales.

La obra de Freud, enfocada desde el punto de vista que aquí nos ocupa, constituyó un aporte esencial para el desarrollo de una patología psicosomática. Observador extraordinario, Freud mostró el papel del psiquismo en la enfermedad humana. Aunque él y sus discípulos (Adler y Jung, particularmente) se ocuparon sobre todo de las neurosis, la extensión de sus métodos a las enfermedades orgánicas no era sino la consecuencia natural de sus descubrimientos. Efectivamente la introducción del psiquismo en la patogenia de la enfermedad humana, era justamente lo que faltaba a una medicina científica-naturalista, que tantos logros había tenido en el siglo XIX.

Los hechos más importantes de su desarrollo y evaluación posterior fueron los siguientes:

1. -El enfoque de la enfermedad orgánica desde el ángulo psicoanalítico ortodoxo (Groddeck, 1918; Ferenczi y Deutsch, 1922);
2. -El estudio de las "Neurosis orgánicas" desde los puntos de vista psicoanalítico y de la psicología individual;
3. -La influencia de la llamada por Laing Entralgo, escuela de Heidelberg y el desarrollo de la concepción de una patología biográfica, que concibe el origen y estructuración de la enfermedad desde el punto de vista personal.
4. -El desarrollo extraordinario de la medicina psicosomática -

en E. U. de Norte America (Dumbar, Alexander Menniger, Woff, Grinker) e Inglaterra (Halliday).

Dos corrientes complementarias se oponen desde el principio de la historia de la medicina; en lo que respecta a la práctica y la concepción de la enfermedad.

-La primera corriente está ilustrada en la Antigua Grecia por Hipócrates y la escuela de Cos:

- . Es una medicina que tiene por objeto el hombre enfermo en su totalidad.
- . Tiene presente el temperamento del enfermo y su historial.
- . La enfermedad es concebida como una reacción global, del individuo, implicando a su cuerpo y a su espíritu a una perturbación interna o externa.
- . La intervención terapéutica debe restablecer la armonía perdida por el hombre con su medio y consigo mismo.
- . Se trata por consiguiente, de una concepción resueltamente sintética y dinámica que prefigura el acercamiento psicossomático moderno.

-La segunda corriente está ilustrada por Galeno y la escuela de Cnida.

- . Se basa en la concepción de enfermedad, a la cual se le confiere una existencia autónoma.
- . Esta tendencia triunfa en la era pasteuriana, con la búsqueda de una etiología específica bajo la forma de un agente patógeno.
- . El origen de una enfermedad es verificado en una lesión anatómica.
- . La intervención médica consiste en localizar la afección en el cuerpo y si es posible extirparla.
- . Se trata pues, de una concepción mecanicista y positivista.

El término "Psicosomático", aparece con Heinroth, internista y psiquiatra en 1818, poco antes que el término "somato-psíquico". Los dos términos suponen una concepción dualista del hombre y la influencia recíproca de un campo sobre otro. Un mismo presupuesto sostiene varios trabajos recientes de fisiólogos o comportamentalistas. Estas distintas perspectivas están sujetas al legado cartesiano cuerpo-espíritu.

Es con la intervención del psicoanálisis, como método de investigación, teoría del sujeto e instrumento terapéutico, que una concepción monista (u holista) del hombre se afirma de nuevo en el campo de la medicina.

Estudios que se han hecho en adultos y especialmente en niños sobre hospitalización nos dice que puede provocar alteraciones psicológicas en el paciente, tales como ansiedad y depresión en mayor o menor grado, dependiendo del individuo.

El hospital es un lugar de cuidados, pero es también un lugar de búsqueda; es un lugar que posee unas características de funcionamiento propias.

La hospitalización acentúa algunos rasgos de la relación asistente-asistido, y a veces contribuye a desequilibrarla en detrimento del enfermo:

1. Aumento de la desigualdad de la relación y del sentimiento de inferioridad y de dependencia del enfermo.
2. Aumento del aspecto técnico, de la centralización de los intereses en el cuerpo y en la enfermedad en detrimento de la relación de la palabra y de la personalidad del enfermo.

Las dimensiones del hospital, la multiplicidad del personal, su alta competencia supuesta, la ausencia de relación personalizada, se asocia para contribuir a abrumar al enfermo. Todo esto hace que si una persona va a un hospital sea a menudo porque su caso es grave o incomprensible. Muchos factores se conjugan para acentuar la vulnerabilidad del enfermo y aumentar su desconcierto y aumentar su estrés.

La hospitalización presenta por sí misma las condiciones suficientes para inducir a un efecto de estrés y de desorganización del control emocional del enfermo con sus efectos patogénicos posibles.

La acogida, por ejemplo, constituye un momento en el que el enfermo es particularmente vulnerable. Las palabras y las actitudes tomarán para él una importancia muy grande para agravarle o al contrario, calmarle. No es difícil incluso si no se ha vivido, imaginar lo que puede ser la angustia de un enfermo que llega a urgencias de un hospital: inquietud sobre la naturaleza de la afección, contacto con la familia, precipitación en un mundo desconocido, repercusiones de los efectos físicos de la enfermedad (dolor, fiebre, malestares diversos, etc.), además con el paso continuo del personal (interno de guardia, enfermeras de urgencias, después en la sala de hospitalización, camilleros, personal administrativo), el recorrido del laberinto de los pasillos de una sala a otra, de la sala de radiología a la

sala de operaciones, la larga sucesión de exámenes complementarios, etc. . Todo esto contribuye a un descontrol emocional en el sujeto.

Bellak dice que el efecto psicológico de una enfermedad es una función de la personalidad anterior del paciente, y en la mayoría - de los casos resulta positivo establecer la correlación entre el - grado de perturbación existente entre la personalidad premórbida y el grado de respuesta patológica que surge ante la incapacidad.

Bellak, presenta de una manera esquemática cinco tipos de respuestas ante la enfermedad o una incapacidad:

1. - Una reacción normal a una angustia o depresión, que sin embargo pronto se disminuyen y se convierte en una preocupación aproximadamente proporcionada al grado real de - la enfermedad o de la incapacidad.
2. - Una reacción evasiva que se expresa en una negación de la enfermedad, una actitud de imperturbabilidad que suele acompañarse por un exceso de actividad y de alegría falsa. Esta actividad con frecuencia se convierte en una depresión con angustia y se manifiesta en una desobediencia a seguir instrucciones del médico.
3. - Una depresión reactiva que puede prolongarse y que implica hipocondría.
4. - Una canalización de todas las ansiedades ya existentes al - nuevo foco de preocupación. Algunas veces estos pacientes que por lo general son personas perturbadas abandonan sus manifestaciones anteriores de perturbación que eran más - difusas y por lo tanto parecen ser más dóciles.
5. - La invalidez psicológica, por ejemplo, cuando un paciente que físicamente es capaz de funcionar tanto social como - ocupacionalmente desarrolla temores, síntomas o actitudes que lo incapacitan.

Tales manifestaciones se pueden observar en algunos pacientes que sólo han padecido enfermedades menores; donde aparecen en su expresión máxima estas reacciones, es en aquellos que han padecido enfermedades orgánicas graves o incapacidades serias entre las que están el cancer, padecimientos cardíacos, tuberculosis o amputaciones.

La psicodinámica de los problemas somáticos ha sido estudiada por Bellak y por Haselkorn, . Averiguaron que para la mayoría de la gente el trauma inicial resultante del diagnóstico o de la experiencia de una enfermedad grave es seguido por un proceso que podría lla--

marse de "organización". El significado que para el paciente tiene su enfermedad poco a poco sufre ciertos cambios. La angustia difusa se sustituye por un concepto más personalizado: la naturaleza de la patología y la manera como él mira y siente su enfermedad cobran un significado especial en los niveles inconscientes, preconscientes y conscientes. Se familiariza con sus síntomas; en términos generales la relación que establece con su enfermedad se caracteriza por una serie de frases que se parecen a los cambios que efectúan a lo largo de un periodo de tiempo en una relación ambivalente con personas y lugares. Aprende a vivir con su enfermedad y logra llegar a un cierto grado de aceptación. Con el tiempo y a medida que la distancia emocional del episodio original es cada vez mayor, llega a lograr una adaptación relativamente buena en cuanto a la economía psíquica. En la mayoría de los pacientes se puede observar el trabajo de las funciones del yo intacto, luchando y logrando obtener la homeostásis psíquica.

También dice Bellak, que hay otros pacientes para quienes el trauma de la enfermedad y su consecuente incapacidad trae consigo una organización patológica de ideación distorsionada al que no están dispuestas a renunciar fácilmente. La emoción se separa de las relaciones de objeto, y el self se convierte en el centro de toda la preocupación. Esta separación representa la regresión del paciente a un nivel anterior de su desarrollo cuando siendo niño invirtió la mayoría de sus sentimientos en su propio cuerpo. Si sus anteriores relaciones de objeto fueron empobrecidas, la enfermedad intensificará su fijación narcisista.

Este proceso del incremento del narcisismo trae consigo cambios en la autoimagen, en la imagen del cuerpo y en la imagen de los órganos.

El órgano que duele o alguno que se sabe que está enfermo atrae la atención. Si la enfermedad es crónica y de gran importancia, la parte enferma se trata como si fuera un ente separado, de una manera casi antropomorfizada. Se toman medidas especiales para con ese órgano, se le cuida, y se establece una actitud que corresponde en mucho a la de una madre con su hijo. Se exige, de diversos grados, del mundo exterior, una preocupación solícita tanto cuando la persona se concede a sí misma. En la persona sana una gran cantidad de la inversión emocional se hace en diversas figuras que van cambiando a medida que se desarrolla. En el neurótico se mantiene una excesiva inversión de sí mismo. Una persona que está físicamente enferma hace una inversión mayor en sí misma como una medida defensiva

contra un mayor daño. En el neurótico la inversión será mucho mayor al igual que más fuerte será la renuncia a ella cuando la crisis haya pasado. Esa reinversión es un incremento del narcisismo secundario.

Paul Schilder fué el primero en describir la importancia de la imagen del cuerpo: "La imagen del cuerpo humano significa la idea de nuestro cuerpo que hemos formado en nuestra mente... la manera en la que el cuerpo aparece ante nosotros mismos. (1)

El niño necesita aprender a diferenciar su propio cuerpo del resto del mundo. Es más pertinente que cada quien desarrolle algunos conceptos sobre su cuerpo, con frecuencia se tiene una idea sobreidealizada y/ o una idea menospreciada de él. La enfermedad distorsiona la imagen del cuerpo de una manera profunda.

Existe un consenso general entre los investigadores acerca de que las intervenciones quirúrgicas producen diversas alteraciones psíquicas en los pacientes, las cuales pueden ir desde crisis agudas, hasta la instauración de cuadros psicopatológicos; esto se ha encontrado en diversas partes donde se ha estudiado el problema, lo cual permite pensar que puede constituir una situación de características traumáticas.

Si nos ajustamos a la definición sobre alteraciones psicológicas en la cual el grado de angustia y depresión supera la barrera de lo normal y se manifiesta con cambios de comportamientos, con expresiones encubiertas y con aquellas formas de angustia presentes y manifiestas en situaciones de agresión y temor a la pérdida física, encontrándose en estos pacientes que presentan de una u otra forma la ansiedad y depresión en el temor a la pérdida física o miedo a ser agredido y a la agresión real.

La forma en que estos hechos se enlazan con la intervención quirúrgica, está relacionado con la vida anterior o experiencias anteriores que traía el sujeto en el momento de ser intervenido quirúrgicamente; lo que se puede evidenciar es que la intervención quirúrgica influye negativamente combinándose con las vivencias anteriores.

Con respecto a las características de la situación de hospitalización, lo más relevante de ésta es el alejamiento de la familia, tenien

do en cuenta el hecho de que el sujeto teme ser aniquilado como consecuencia de la pérdida de objeto que lo protege (angustia de estar separado).

Por lo mencionado es evidente que los trastornos y los conflictos de los sujetos intervenidos quirúrgicamente en algunos casos puede ser transitorio, vinculados con su desarrollo psicosexual y a la situación a la cual se ha visto sometido.

En el caso que no sea transitorio las alteraciones y los trastornos pueden volverse permanentes constituyéndose en la base de una neurósis. Si son únicamente dificultades o desarmonías del momento, el sufrimiento se disminuye cuando la depresión se clarifica o se elabora; cuando permanece el conflicto, la crisis de ansiedad y depresión y otros síntomas como los rituales al dormir, las ideas fóbicas y obsesivas permanecen también, y se hacen más manifiestas.

Los factores externos por su alta significación emocional pueden convertirse en causas desencadenantes del malestar psicológico para determinar las secuelas de la enfermedad a nivel psíquico.

Son muchos los factores que aunque sean subproductos de una situación externa se hallan mezclados intimamente a ella en la mente de la persona. A ella no le es posible distinguir entre sentimientos causados por la enfermedad en el interior de su cuerpo y el sufrimiento que se le impone desde afuera para curarla. Debe someterse en forma pasiva y desvalida a ambas experiencias.

La interpretación que el paciente hace de la acción del cirujano es en función de un nivel de desarrollo instintivo o en términos regresivos. Es decir, lo que tal experiencia significa en su vida y que no depende exclusivamente de la gravedad que reviste la intervención quirúrgica, sino de las fantasías que pueda provocar.

En la fase fálica sea cual fuere la parte del cuerpo que se opere asumirá por desplazamiento el rol de una parte genital dañada.

La operación misma le presta una sensación de realidad a las fantasías reprimidas multiplicando de este modo las angustias que con ella se conectan. Aparte de la situación amenazante que se da

en el mundo exterior, este aumento de la angustia constituye un peligro interno que el yo debe enfrentar. Cuando los mecanismos de defensa que en ese momento se hallan disponibles son lo suficientemente fuertes como para dominar estas angustias, todo va bien, cuando es preciso utilizarlo en su máxima medida para integrar la experiencia, este reacciona a la operación con manifestaciones neuróticas; cuando el yo es incapaz de mejorar la angustia provocada, la operación se convierte en un trauma.

La forma en que el acontecimiento somático por el sujeto de significación libidinal, varía de un sujeto a otro y produce reacciones diversas. Lo que varía y difiere no son las condiciones objetivas - del dolor, sino, la experiencia corporal del dolor, y el grado en que esté cargado para cada individuo de significado psíquico.

Cualquier proceso doloroso o herida dentro del cuerpo, tal como en el caso de la cirugía, el paciente lo interpreta desde su particular psiquismo, y el paciente que sufre el dolor es un paciente mal tratado, herido, castigado, perseguido o amenazado por la aniquilación.

Cuando la angustia y depresión que se deriva de la fantasía desempeña un papel de poca importancia, el dolor se soporta con facilidad, la experiencia no deja huellas perseverantes, mientras que el dolor aumentado por la angustia y depresión a pesar de ser leve, se convierte en una experiencia intolerable e importante en la vida del paciente y el resultado es a menudo acompañado por defensas fóbicas contra posible reaparición del hecho.

En esta forma la reacción de los pacientes al dolor va acompañada no sólo de ansiedad y depresión sino de efectos apropiados al contenido de las fantasías.

En la primera época de la vida del sujeto, es posible que toda tensión, necesidad o frustración se siente como "dolor" y las sensaciones dolorosas pueden asumir la significación de eventos traumáticos.

Lo importante es aclarar que el evento somático adquiere significado psíquico, en el momento en que comienza a existir fantasías inconscientes.

Según A. Freud, nos dice que el niño y el ambiente tienen propósitos contrarios, lo que sucede cuando bajo los dictados del principio del placer y el yo del niño se pone del lado del ello en la persecución de la necesidad de los impulsos y la realización del deseo, mientras que el control de los derivados del ello está reservado al mundo exterior.

También dice que, este es un estado legítimo de la niñez temprana, antes de que el ello y el yo se hayan separado definitivamente el uno del otro, pero se considera como "infantil" si persiste en edades posteriores o si el niño regresa a ésta situación.

Las ansiedades coordinadas con este estado y que son características, toman formas diversas y son inducidas sobre el mundo exterior, y se pueden organizar en la secuencia siguiente de acuerdo a las fases de desarrollo libidinal: temor a ser aniquilado como consecuencia de la pérdida del objeto que lo cuida (es decir, angustia de separación durante el periodo de unidad biológica con la madre); temor a la pérdida del amor del objeto (después de haber alcanzado el estadio de la constancia objetal); temor a ser criticado y castigado por el objeto (durante la fase anal sádica, cuando este temor está reforzado por la proyección de la propia agresión infantil); temores de castración (durante el periodo fálico-edípico).

Otro tipo de conflicto establece después de identificarse con las fuerzas externas y de la introyección de su autoridad en el super-yo.

El sujeto busca la satisfacción de sus impulsos y sus deseos pero el super-yo constituido produce una discordia interna con el yo. La ansiedad tiene su demostración por medio del miedo al super-yo o sea su sentimiento de culpa, lo que nos indica que se ha establecido un super-yo operante, que es indicado de avance en la estructuración psíquica.

Otro tipo de conflicto es cuando los choques se derivan de las relaciones entre el yo y el ello exclusivamente, y de las diferencias intrínsecas entre sus organizaciones.

Los representantes de los impulsos, los efectos que tienen cualidades opuestas, como el amor, el odio, conviven con el ello sin dificultades mientras que el yo es inmaduro; pero empieza a causar

conflicto cuando el yo en su función sintética empieza a operar sobre ellos.

Estando inmaduro el yo, el aumento de la urgencia de los impulsos resulta amenazantes para su integridad y en consecuencia da origen a conflictos, que por ser de carácter interno son causa de ansiedad que permanece en la profundidad, y puede identificarse con certeza, en contraste con el temor y la culpa sentidos como evidentes.

Cuando los derivados de los impulsos permanecen insatisfechos, la reacción al displacer varía de un sujeto a otro y sus manifestaciones varían como sus formas de manifestar la hostilidad, la impaciencia, la infelicidad; persiste el sujeto en buscar la satisfacción del deseo original y puede rechazar satisfacciones sustitutivas.

Otros sujetos tienen mejor tolerancia a la frustración y aceptan más fácilmente gratificaciones sustitutivas. Cuando debe luchar el yo con la tensión y la ansiedad que están bajo un control muy precario por medio de defensas primitivas, la distancia entre los mecanismos y la patología que se va abreviando, es decir, se acerca a la formación de síntomas.

Lo significativo en cuanto al tipo de ansiedades y que son producto de las fases de desarrollo libidinal, es la capacidad del yo para enfrentarlos, y las diferencias entre un individuo y otro son pronunciadas.

Los sujetos más predispuestos a ser víctimas de trastornos neuróticos posteriores son los que tienen marcada incapacidad de tolerar cantidades moderadas de ansiedad, y se ven forzados a reprimir y a negar los peligros internos y externos que son potencialmente fuentes de ansiedad, o a proyectar los peligros vividos internamente hacia el mundo exterior, o a retirarse mediante reacciones fóbicas ante las situaciones de peligro con el fin de evadir la ansiedad.

Otro grupo de sujetos, los que enfrentan situaciones peligrosas con mayor éxito en una forma activa por medio de los recursos del yo, tratando de dominar la situación en lugar de retirarse, pudiendo enfrentarse con grandes cantidades de ansiedad sin exceso de actividad defensiva, sin formación de compromiso y sintomatología.

La ansiedad y depresión no puede evaluarse partiendo de la cantidad o la calidad, sino que su impacto depende de la capacidad para

enfrentarla y los recursos defensivos del yo.

Lo anterior nos explica el problema dentro de un contexto teórico analítico, pero es necesario encontrar los elementos que permitan ubicar el problema dentro de un marco ambiental.

En los casos de que la cirugía es de urgencias y no existe un tiempo de espera, es necesario tener en cuenta los aspectos emocionales del sujeto y de su entorno familiar y darle el tratamiento adecuado.

Investigaciones han puesto en evidencia que un programa de preparación para la cirugía, en el caso de cirugía electiva, evita experiencias negativas que pueden ser factor de daños significativos.

Es necesario el reconocimiento de la realidad psíquica del sujeto que debe ser sometido a una operación, lo que permite establecer la necesidad de brindar la ayuda, apoyo y seguridad.

Los sujetos con mayores posibilidades de afrontar la situación peligrosa sin que llegue a convertirse en un trauma, son aquellos que enfrentan por medio de los recursos del yo como la comprensión intelectual, el cambio de las circunstancias externas, el razonamiento lógico, es decir, aquellos recursos que tratan de enfrentar la situación y elaborarla, en vez de retirarse.

La ayuda médica en general, y dentro de ella la del paciente hospitalizado, ha ejercido una serie de cambios y avances importantes, pero en este medio hay unos muy difíciles de alcanzar por las molestias administrativas y especialmente, por la actitud del personal médico y paramédico que debe atender a los pacientes y generalmente desconocen las implicaciones tanto de la situación de hospitalización, como de la intervención quirúrgica en sí, en lo que al aspecto psicológico se refiere.

El paciente cuando entra al hospital, está sometido a varios chequeos médicos, para determinar el tipo de enfermedad y el tiempo de permanencia.

Esta serie de hechos en los cuales se encuentra sometido el paciente, sumado a las atenciones por parte de personas extrañas diferentes de la familia, puede provocar en él diferentes reacciones.

Teniendo presente que la relación del paciente con el personal hospitalario se hace de una manera mecánica, sólo se ve desde el punto de vista médico (drogas, toma de exámenes, muestras de laboratorio, etc.) el paciente se siente de esta manera anímicamente desvalido.

Si se observará simplemente las reacciones ostensibles ante la angustia y el dolor, los procedimientos que se aplican al enfermo, y las restricciones a las cuales se somete, se corre el riesgo de no percatarse de un proceso fundamental que es el responsable de las alteraciones más importantes que suceden durante el proceso -- de la enfermedad: el aumento de la demanda de la catéxia libidinal que presenta el cuerpo enfermo y ante la cual el paciente reacciona en varias formas. Puede ser que se retraiga del ambiente, se torne indiferente y aburrido, rechace los alimentos y las aproximaciones afectuosas.

Otros sujetos, incapaces de darle a su cuerpo la catéxia narcisista adicional que se le pide, demanda un mayor aporte de amor y atención, se vuelve más exigente, demandantes en exceso.

En todos estos casos el retorno gradual de la salud se ve acompañado por la regularización de los movimientos de la libido. Algunas veces la distribución anormal de la libido, aparece como irreversible, se producen algunos de los cambios de personalidad que subsisten y que siguen después de la enfermedad.

Esta situación de desvalimiento, provocan reacciones emocionales en los pacientes que pueden manifestarse en comportamientos hostiles de agresión o de rechazo hacia todo lo que provenga del personal hospitalario; estas personas se les considera unas figuras agresoras y el sujeto las rechaza, especialmente en aquellos momentos en que debe ser atendido, por ejemplo, aplicaciones de inyecciones, el momento del baño, etc.

Además de las molestias físicas que originan en el paciente la intervención quirúrgica, éste presenta una serie de adaptaciones, de tipo psicológico, social y afectivo que se traducen en primera instancia en temores a pérdidas físicas, temores a ser dañados o en general a un estado de alerta que amenaza su supervivencia. Toda acción ejercida sobre el cuerpo del sujeto sea cual fuere su magnitud, des-

pertará en el paciente fantasías y temores.

Las discrepancias en cuanto a las trascendencia de las operaciones pesan notablemente en los médicos y las enfermeras que se han habituado a una optica totalmente realista de los hechos externos, sin mirar la realidad e importancia de los procesos psíquicos y tienden a comprender con mayor facilidad cuando los temores del sujeto surgen o estan asociados a una situación objetivamente grave.

Por la complejidad de la tarea y las dificultades expuestas, la asistencia psicológica del paciente hospitalizado no se está llevando a cabo.

1.1 DEPRESION

1.1.1 ANTECEDENTES. — Aún cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporánea del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico de su forma severa fué descrito desde la época grecoromana con el nombre de melancolía.

Ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se llaman psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los 4 humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra. En los primeros siglos de nuestra era, Celsus, en su libro *De re médica*, y Arateo de Cappadocia, en "Enfermedades agudas y crónicas," hablaba de la manía y de la melancolía como problemas médicos.

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, joviabilidad. Los trabajos de Soranos han llegado hasta nuestros días gracias a la versión latina de Caelius Aurelianus (siglo V d. de C.), de la cual existe una excelente traducción al inglés editada por Drabkin en 1950.

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado *Anatomía de la Melancolía*, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos. (2)

Por los principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones conducir al suicidio. Como causa posible de la melancolía, señaló en primer lugar, las psicológicas (el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades, las dificultades familiares, etc.), y en segundo lugar, las físicas (la amenorrea y el puerperio). (3)

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, la esquizofrenia. Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis manícodepresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo. En consecuencia el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

Este cuadro era considerado en el México prehispánico como problema médico, de acuerdo con la descripción que hizo el médico indígena Martín de la Cruz en 1552.

En lo que respecta a la cultura mexicana, Belsasso y Lara Tapia (1974) dicen que existen referencias directas del suicidio en los pueblos Mayas en donde se refieren como motivo de suicidio, la tristeza, el temor a ser torturado o el acto de culpar al conyuge de trato cruel.

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia, indican un alto grado de adelanto de la medicina azteca.

El primer estudio sobre la depresión desde un ángulo psicoanalítico fué hecho por Abraham. En este caso nos vamos a referir al que publicó Freud en 1917, que parte de la comparación entre la pena normal y la melancolía, todavía vigente en gran parte.

Dice Freud que la pena normal sobreviene por la pérdida de un ser amado o su equivalente abstracto como por ejemplo, la patria, la libertad, un ideal, etc. La melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, en el que cesa el interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la autodepreciación, la pérdida de amor propio. Traduciendo ésta última en autoreproches y autoacusaciones que inducen a veces al sujeto a la delirante espera del castigo y el suicidio.

En la pena normal, lo esperado es que el tiempo la supere, es decir, que el principio de realidad se imponga sobre la frustración que para el sujeto supone la pérdida del objeto. Quedando al final el yo libre de toda suerte de inhibiciones que esa pérdida provocara. En la melancolía se sabe también que objeto es el que se ha perdido. A mayor abundancia se da en él algo que en la pena normal no acontece, que es el de autoreproches y la autoacusación: el yo se hace digno, necesitado de punición, de humillación frente a los demás. Sorprende

la forma en que el melancólico externaliza su culpa. E independiente mente de que tenga o no razón, en su propia crítica, lo real es que describe su exacta situación psicológica: la pérdida de su propia estimación. Hay que deducir de aquí que las instancias procedentes de su conciencia moral -el superyo- se sitúa frente al yo y lo hace responsable. Es fácil inferir que la pérdida de objeto, se verifica dentro del propio sujeto y que sólo él sabe de su exacta significación.

¿Por qué esta pérdida provoca tan duradera aflicción? Freud nos dió a conocer que el objeto perdido es valioso en la medida en que no está identificado con él. Esto es valioso para la pena normal y la melancolía. Lo que ocurre en ésta última, a diferencia de la primera, es que la identificación del yo con el objeto ha sido de tal calidad, que en realidad la pérdida de objeto equivale a la pérdida del yo. La persona que se ha identificado con ese objeto, tiene, pues, que reprocharse la pérdida de ese objeto, lo mismo si la causa real de la pérdida es por la culpa de la persona misma que si es por el objeto mismo. Muchos autoreproches en el depresivo están dirigidos no así mismo, sino, como descubriera Freud, al objeto. Y en la medida en que éste no es el yo, aunque con él se identificará fuertemente, puede externalizar esos autoreproches impudicamente, que en el fondo son reproches al objeto y no así mismo.

Una identificación de esta índole con el objeto sólo se verifica si el modo de relación del sujeto con las cosas -sus relaciones objetales- son de tipo oral (narcisista). Exigen pues, una inmadurez del yo. Esta inmadurez es la que hace factible que al sobrevivir la pérdida del objeto aparezca la melancolía y esta exprese la agresión del sujeto a esos estados anteriores. Porque una persona de estructura narcisística no puede ligarse al objeto amoroso en una relación de intercambio recíproca; es siempre un sujeto necesitado de gratificación. Entonces cada vez que el objeto amado no gratifica, en el sujeto aparece instancias agresivas hacia él, estas instancias van acompañadas de sentimientos de culpa. "De esta forma el superyo tiene que reprocharse de alguna manera haber deseado la pérdida de ese objeto que, efectivamente, tiene lugar más tarde. He aquí cerrado el círculo: pérdida de objeto, culpabilidad por la misma, depresión". (4)

Como se ve, pues, existe en el sujeto depresivo, de antemano, - actitudes, catéxias ambivalentes frente al objeto; lo quiere en la medida en que lo gratifica; lo rechaza en la medida en que no. Esta am-

bivalencia preexistente es la que confiere una estructura obsesiva a la persona tendiente a la depresión, rasgo que en 1911 Abraham vió por primera vez en los intervalos acríficos de la depresión.

1.2 TEORIAS PSICOLOGICAS DE LA DEPRESION

1.2.1. TEORIAS TEMPRANAS. — Como mencionamos anteriormente, en los antiguos registros médicos pueden encontrarse descripciones de la depresión. Hipócrates dió la primera explicación de melancolía, siendo éste el nombre inicial de la depresión. Aristóteles, - (350 A. C.) reconoció el temperamento melancólico en todos los grandes pensadores, poetas, artistas y políticos. Arateus de Capadocia - (80 D. C.), proporcionó lo que se considera la mejor descripción clínica temprana de la enfermedad: creía que la manía y la melancolía eran expresiones de una enfermedad recurrente pero potencialmente curable; los pacientes melancólicos eran descritos como "intranquilos, tristes, desalentados, insomnes, aterrados si la afección progresaba", y "delgados por su agitación y falta de sueño reconfortable", — también señalaba que "a una edad más avanzada, se queja por miles de tonterías y desean la muerte". (5)

Durante la Edad Media, surge Felix Platter como el primer gran sistematizador, explicaba la melancolía "como una clase de aberración mental en que la imaginación y el juicio estaban pervertidos que, sin causa alguna las víctimas se volvían muy tristes y temerosas". (6) Platter suponía que la causa más común de la melancolía era el terror ocasionado por algún accidente imprevisto, recomendando como tratamiento la administración de droga, supervisión de la dieta.

Kraepelin (1921), aisló la demencia maniaco-depresiva como una entidad de enfermedad, diferenció muchas formas del desorden (manía, melancolía), dando descripciones clínicas de cada tipo. Separó la demencia precoz de la locura maniaco-depresiva.

1.2.2. TEORIA CONDUCTUAL. — El origen de la depresión — desde el punto de vista conductual es reciente. El cambio que produjo este interés fué la atención prestada al análisis funcional de la de-

presión; sin embargo, como en los casos de los alcohólicos, se realiza un análisis, pues se encuentra relacionado con las teorías acerca de la naturaleza de la depresión, es decir, definir los factores que producen y mantienen las conductas depresivas, y las consecuencias que para la terapia tenga el análisis funcional.

Se publicaron dos artículos dedicados al análisis funcional de la depresión. Moss y Boren (1972), aprovecharon observaciones anteriores realizadas por Ferster (1966), y han detallado las factibles maneras en que se inicia y mantiene la conducta depresiva. Se les ha dividido en dos clases generales, incluyendo la primera teoría de que tal vez se produzca la depresión de la conducta porque el reforzamiento es insuficiente; la segunda dice, que quizá la conducta depresiva esté sujeta a control aversivo. Tomando la primera hipótesis, Moss y Boren afirmaron que esta variable controlante se manifiesta en uno de los tres conjuntos de condiciones siguientes o en todos ellos:

1. -Una razón conducta-reforzamiento elevada, manifestada en una frecuencia insuficiente, una magnitud insuficiente o una duración insuficiente de reforzamiento; o bien, un costo de respuesta elevado al que se puede resumir diciendo que se presenta la depresión de la conducta cuando el individuo tiene que trabajar demasiado a menudo, durante mucho tiempo o simplemente demasiado para obtener el reforzamiento.
2. -Retiro de reforzamiento positivo, siendo permanente dicho retiro (por ejemplo, al morir un ser querido), prolongado (por ejemplo, una separación) o breve (por ejemplo, el tiempo transcurrido sin reforzamiento).
3. -Interpretación de una cadena de conducta que lleva a reforzamiento; por ejemplo, perder un empleo en el momento en que la persona está trabajando seriamente para obtener una meta a largo plazo (un ascenso). La depresión puede surgir en estas condiciones, incluso aunque luego se obtenga un empleo mejor pagado.

Moss y Boren detallan con menos claridad la segunda hipótesis, pero dicen de que viene la depresión de conducta cuando la conducta emitida constantemente produce consecuencias aversivas. La conducta depresiva puede representar la extinción de respuesta debido a un castigo repetido o representar una conducta de escape de una situación aversiva y, en lo sucesivo, una evitación de tal situación.

Liber y Lewinshon (1933) propusieron un punto de vista distinto sobre la conducta depresiva, afirmaron de que ésta proviene de habilidades sociales inadecuadas, que se manifiesta en dos maneras: la persona deprimida ha probado ser menos afortunada en adquirir y ejercer las habilidades sociales que llevan al reforzamiento social y, de modo similar, ha probado ser menos habilidosa en referirse de emitir conductas sociales que producen consecuencias aversivas. Tal modelo no concuerda con el de Moss y Boren, pues, Ferster afirmaría, sin duda alguna, que las habilidades sociales defectuosas son en sí producto de la historia de reforzamiento en cada individuo. Pero respecto al remedio si sería la consecuencia, pues en un caso la conducta depresiva resulta de un cambio reciente en el ambiente de la persona, mientras que el otro proviene de una larga historia de reforzamiento diferencial. En el primer caso se puede hacer cambiar la conducta depresiva cambiando el ambiente de la persona, mientras que el último, quizás resultara más adecuado enseñar a la persona nuevas formas de conducta social.

1. 2. 3. TEORIAS COGNOSCITIVAS. — Beck (1970, 1971) cuestionó la visión generalmente aceptada de la depresión como un desorden afectivo, no consideraba que las manifestaciones cognoscitivas de la depresión (baja autoestima, desesperanza, desamparo) sean secundarias a la perturbación afectiva. Afirmaba que la secuencia en que la percepción conduce a la cognición y a la emoción en los sujetos normales, existen también en los depresivos. A diferencia de las cogniciones normales, las cogniciones depresivas son dominadas por acontecimientos idiosincráticos, esas condiciones determinan la respuesta afectiva de la depresión.

En el pensamiento de los depresivos hay concepciones distorsionadas e irreales. Las verbalizaciones y asociaciones libres de los pacientes revelan temas recurrentes de poco respeto a sí mismo, privación, autocrítica y autocensura, problemas y obligaciones agobiantes, autodominio y autoprohibición, deseos escapistas y suicidas. Esas cogniciones son distorsionadas e irreales porque los pacientes tienden a exagerar sus errores y los obstáculos en su camino.

Beck, divide las conceptualizaciones erróneas del paciente depresivo en la "triada cognocitiva". El paciente tiene una visión negativa de su mundo, de sí mismo y de su futuro. Cuando esta triada va dominando, la depresión aumenta progresivamente, apareciendo síntomas no

cognitivos de la depresión; la persona se siente triste porque ha sido rechazada o cree que lo ha sido; como todas las tareas le parecen insuperables y aburridas, su voluntad se paraliza y desea escapar; cuando esos sentimientos se intensifican y son asociados con sentimientos de desamparo e inutilidad, se vuelven extremadamente dependiente y puede intentar suicidarse.

Lichtenberg (1957) dice que el depresivo no siente esperanzas de alcanzar sus objetivos, y dice que el depresivo se culpa a sí mismo de sus fracasos. Nos da tres tipos de depresión que van progresando a medida que la creencia en la desesperanza avanza de una situación específica (menos severa) a un estimo total de conducta total del ambiente (mas severa). En casos más severos hay sentimientos de inutilidad, gran pasividad y menos confianza. Nos traza la génesis de la depresión al desarrollo de expectativas de alcanzar metas durante la etapa indefensa de la infancia y durante la niñez, cuando los estilos conductuales se están iniciando.

Schamale (1958) y Engel (1968), indican que los sentimientos de desesperanza y desamparo hacen a una persona más susceptible a la depresión, así como la enfermedad o la muerte. También afirma este autor que la pérdida o la amenaza de pérdida están relacionadas con la ira, el temor y especialmente la desesperanza y el desamparo.

Dicho autor estudió a pacientes hospitalizados y encontró que el inicio de la enfermedad frecuentemente seguía a algún cambio significativo en una relación. También, Engel estudió a pacientes hospitalizados y encontró que un sentimiento profundo de impotencia psicológica precedía a la enfermedad y a la muerte. Los pacientes se sentían desesperanzados y desamparados, tenían una imagen minusvaluada de sí mismos habían perdido gratificación en sus vidas, y su futuro les parecía incierto.

Los aspectos cognoscitivos de la depresión, parece ser lo suficientemente poderosos, no sólo para relacionarse con el retardo psicomotor, pérdida de peso, insomnio, etc., sino también con la enfermedad médica y posiblemente la muerte.

1. 2. 4. TEORIAS PSICODINAMICAS. — En 1911 Karl Abraham, decía que el odio es el sentimiento dominante en la etapa pr^ovia a la depresión, pero como este sentimiento resulta inaceptable para la persona, es reprimido y proyectado. La persona se siente odiada por los demás y llega a creer que es odiada a causa de sus defectos innatos, por lo que se deprime. Ese autor encontró evidencias de hostilidad reprimida en sueños depresivos de criminalidad e intentos de venganza. Estos pacientes no atribuyen sus impulsos masoquistas, y la culpa, que sentían por sus impulsos al sufrimiento y el pensar constantemente en sí mismos. Debido a que no puede formar un vínculo libidinal duradero, los pacientes se vuelven autocríticos, su conducta es inhibida y de esa manera satisfacen su tendencia inconsciente hacia una "negación de la vida".

Fred (1955), había formulado la explicación psicoanalítica básica de la depresión. Comparaba a la melancolía con el proceso normal de duelo, esperando que la comparación permitiera explicar a la melancolía como una patología. Cuando se pierde el objeto amado, la realidad muestra al doliente que debe eliminar sus vínculos libidinales del objeto, como normalmente dichos vínculos son muy fuertes, el ego sólo puede aceptar la realidad muy lentamente, pero eventualmente se libera del objeto.

De acuerdo a Freud, la melancolía a veces ocurre cuando aparentemente no hay objeto perdido y por lo tanto parece relacionada con una pérdida inconsciente. Freud, encontraba extraño que el doliente creyera que había perdido un objeto externo, mientras que el melancólico localizaba la pérdida dentro de sí mismo. La solución a este problema introducía al mecanismo crucial de la melancolía en la etiología, Freud notó que en todos los casos las recriminaciones que se hacían los melancólicos, describían mejor al objeto amado potencial que al propio sujeto. A la pérdida del objeto amado la libido liberada es conducida al ego en lugar de dirigirse hacia otro objeto, es usada para establecer una identificación del ego con el objeto perdido por medio de la introyección y de esta manera el ego queda capacitado para criticarse como un objeto. Al sustituir al objeto amado por la identificación, el paciente regresa a la etapa oral de la libido en que el infante es incapaz de diferenciarse así mismo del ambiente y muchas relaciones objetales, son ambivalentes. Debido a esta ambivalencia, parte de la libido

liberada de la catexia del objeto estimula un sadismo dirigido al yo.

Bilbring (1953), considera al desamparo como un aspecto principal de la depresión.

1. 3. DEFINICIONES. — Según C. Castillo del Pino, el término depresión puede tener tres significados: "en primer lugar la depresión es un síntoma, que a veces se presenta con carácter exclusivo, a veces acompañando a otros que tienen o no relación directa con él. En segundo término la depresión es un síndrome en el que lo nuclear del mismo es la tristeza, pero que, como tal síndrome, se enlaza con otros síntomas que lo constituyen, con la suficiente constancia en su presentación conjunta para inferir, lícitamente, una relación con el conjunto. Ese conjunto de síntomas, el síndrome, puede ser objeto, por sí mismo, de un análisis particular. En tercer lugar, la depresión es una enfermedad, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de él el síntoma habitual: la tristeza) y sobre la cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, patogénia, forma de curso, final y tratamiento)". (7)

La O. M. S. (Organización Mundial de la Salud): distingue entre la psicosis maniaco-depresiva de tipo depresivo, la psicosis maniaco-depresiva de tipo circular y la melancolía involutiva. También distingue a las depresiones reactivas que pueden ser neuróticas o psicóticas.

En las depresiones reactivas hay un evento desencadenante. Este evento ocurre semanas o meses antes de que se inicie el cuadro clínico y afecta profundamente a la persona; porque se trata de una pérdida que él considera irreparable.

Mendels, (1970): Demuestra que "la depresión endógena se caracteriza por retardo, depresión severa, falta de reactividad al ambiente, pérdida de interés a la vida, síntomas somáticos, estrés no precipitante, intervalos de insomnio nocturno, falta de autocompasión, historia de episodios previos, pérdida de peso, excitación en las mañanas, culpa, ausencia de rasgos de personalidad histérica o inadecuada y suicidio. La depresión reactiva muestra menos retardo, una

depresión menos severa más reactiva al ambiente, menos pérdida de interés en la vida, menos síntomas somáticos, estres precipitante, menos intervalos de insomnio nocturno, más autocompasión, menos episodios previos, menos pérdida de peso, más rasgos de personalidad histérica o inadecuada y menos suicidios". (8)

Según Lawrence C. Kolb (1978): "La depresión es un tono afectivo de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está inmóvil, cohibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza. Es incapaz de tomar decisiones, le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultaban. Se preocupa exageradamente por problemas emocionales". (9)

En depresiones más profundas, según Kolb, existe una tensión desagradable en forma constante, todas las experiencias van seguidas de dolor mental; este sujeto se vuelve impenetrable absorbe en una melancolía. Sus conversaciones se tornan muy difíciles; su actitud desalentada se proyecta en el ambiente, el cual refleja su tristeza y una triste perspectiva de la vida. Siente que nadie lo quiere y se siente rechazado. Puede preocuparse tanto por sus reflexiones depresivas, que se altera la atención, la concentración y la memoria. Algunos pacientes se quejan de una sensación de irrealidad o de incapacidad para pensar. Síntomas frecuentes como cefalalgia, tensión dentro de la cabeza, fatiga, pérdida de apetito y constipación. El insomnio, generalmente es causado por un despertar demasiado temprano. Son frecuentes las ideas de referencia; las ideas delirantes aparecen a menudo y tienden a expresar ideas de culpabilidad, indignidad y autoacusación.

Los pequeños errores de tiempos pasados reciben una interpretación determinada por el actual estado de ánimo. Se ha perdido la iniciativa; y a las preguntas se dan respuestas retardadas. La expresión facial es de abandono, perplejidad, desesperanza y tal vez de miedo.

De acuerdo al I. C. D. -9: Dentro del agrupamiento tentativo de la depresión simple podría incluirse los cuadros:

- 308. Reacción aguda al estrés:
 - 308.0 Con trastorno predominante de las emociones (si son depresivas).
 - 308.4 Mixtas (si incluye depresión).
- 309. Reacción de ajuste:
 - 309.0 Reacción depresiva breve.
 - 309.1 Reacción depresiva prolongada.
 - 309.4 Con trastornos mixtos de la emoción y de la conducta (si hay depresión).
- 311. Trastorno depresivo no clasificado en otra parte.
- 312. Trastorno de la conducta no clasificado en otra parte:
 - 312.3 Trastorno mixto de la conducta y de las emociones (- si hay depresión).
- 312. Trastorno de la emoción específicas de la infancia y de la adolescencia.
 - 313.1 Con pena e infelicidad.
 - 313.8 Otros y mixtas.

Según Kendell (1976): "Depresión es un estado emocional en el -- que se ha producido un cambio notable debido a alteraciones metabólicas (catecolaminas) que enfrentan al sujeto a un estado de estrés y angustia hasta el extremo de obligarlo a aislarse del mundo que le rodea -- haciendo inclusive que peligre su vida, o la de quienes le rodean (cuando la ansiedad es alta). Estas alteraciones se caracterizan por lentificación a nivel motor, de pensamiento y humor".

Según Otto Fenichel (1966): "Los acontecimientos que precipitan una depresión representan o bien una pérdida de autoestima o una pérdida - de suministros que el paciente confiaba que habrían de asegurar o acaso elevar la autoestima. Tanto pueden ser experiencias tales que también para una persona normal implicaría una pérdida de autoestima -frac-- sos, pérdida de prestigio o de dinero, un estado de remordimiento- o - bien implican la pérdida de suministros externos, como un desengaño de amor o la muerte de un partenaire amoroso. O aún puede tratarse de tareas que el paciente debe realizar, y que objetiva o subjetivamente le hace sentir más claramente su "inferioridad" y sus necesidades narcisís-- ticas. Paradójicamente, incluso ciertas experiencias que para una persona normal significaría un aumento de autoestima, pueden precipitar - una depresión si el paciente toma el éxito como una amenaza de castigo o de represalia, o como una imposición de tareas ulteriores que signifi--

carían, a su vez, un aumento de la necesidad de suministros.

En la fenomenología de la depresión, hallamos en primer plano - una pérdida más o menos grande de autoestima. La formula subjetiva es: "lo he perdido todo; ahora el mundo está vacío", si la pérdida de autoestima se debe principalmente a una pérdida de suministros - externos. Si se debe en primer lugar a una pérdida de suministros - internos del superyo, la formula de esta otra: "lo he perdido todo por que no soy merecedor de nada". Los pacientes tratan de influir sobre personas de su contorno para que les devuelvan su perdida autoestima."

Según León Grinberg (1978): "Tanto la depresión como la angustia son expresiones de conflicto de la personalidad altamente significativas. Ambas constituyen reacciones básicas del yo del individuo, pero con contenidos diametralmente opuestos. La angustia consiste esencialmente en una reacción frente al peligro en la que el yo evidencia su deseo de sobrevivir y se prepara para la lucha o para la fuga si ello es necesario. En la depresión ocurre precisamente lo contrario: el yo se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro; en ocasiones, el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que la amenaza. La angustia se externaliza como un estado afectivo displacentero acompañado de síntomas físicos característicos que corresponden a los aparatos respiratorios y circulatorio (disnea, palidez, aceleración del pulso y latidos cardíacos, etc.). La depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza. La angustia aparece ante la inminencia de un ataque dirigido contra el self. En cambio la depresión, junto con el sentimiento de culpa que es a la vez su causa y su síntoma fundamental, proviene de ataques reales o fantaseados realizados por el yo contra los demás".

Edith Jacobson (1953), afirmaba que en la depresión es esencial un componente somático; los pacientes deprimidos estiman sus objetos de amor y el sí mismo (self) según los valores infantiles de omnipotencia e invulnerabilidad.

1.4. REACCIONES DEPRESIVAS

La depresión es un desorden funcional del humano que afecta en -

en forma global a la personalidad. Sus manifestaciones nucleares - ocurren en la esfera mental: disfó^ria, tristeza, pesimismo, desmo^ralización y angustia, inhibición, dificultad para pensar e iniciar la acción, y una percepción pesimista de uno mismo y del mundo. Se acompaña de perturbaciones del sueño, pérdida de apetito y de peso, y síntomas en diversos aparatos y sistemas, particularmente el car^diocirculatorio y el digestivo; debido a que se le encuentra con fre^quencia en la clínica, en forma única o acompañando a otras enfermedades, constituye un problema de gran interés para el médico general.

Los estados de aflicción o de tristeza que son una respuesta apropiada en cuanto a su intensidad y duración a eventos desafortunados, - son normales. Algunas veces el término depresión se reserva para de^sórdenes de la afectividad que afectan más profundamente a la persona. Básicamente la patología radica en la intensidad y en la duración del estado afectivo y la interferencia con la vida habitual de quien la - sufre.

La depresión es una de las principales enfermedades mentales de nuestro tiempo, tal vez la más característica de nuestra sociedad - urbana y de nuestra época tecnológica.

Comenta el Dr. Klerman (1976): "si los años que siguieron a 1950 fueron la época de la ansiedad, no hay duda de que los posteriores a - 1970 son los de la melancolía". Pero aunque la depresión sea una de - las enfermedades más frecuentes y graves, los médicos consideran - que se trata de un padecimiento del que se presenta mucho, y en alguⁿos casos no se puede corregir. En realidad el término depresión sir^ve para designar muchos estados anímicos.

Cuando los psiquiatras hablan de depresión no se refieren a los - estados pasajeros de tristeza que suelen afectar a toda persona normal. Se considera que sentir algo de ansiedad, melancolía y desesperación son únicamente cambios anímicos que no entrañan anormalidad, pero el médico se preocupa, cuando estos sentimientos se vuelven tan in^tensos que perturban los actos de la vida diaria. Los pacientes depri^midos muchas veces no pueden ejecutar las tareas cotidianas rutinarias elementales como vestirse, comer y hasta levantarse de la cama por las mañanas. Para algunos pacientes es difícil hablar. La pasividad y la introversión se cuentan entre los más frecuentes síntomas de la de

presión. Pero la tristeza no siempre es una manifestación evidente, ni siquiera entre los propensos al suicidio. La agitación, la convicción de falta de méritos personales y el pesimismo respecto al futuro son así mismo características distintas de los deprimidos. El Dr. Nathan Kline, director de investigaciones del hospital Rockland State de Orangeburgh (estado de New York), destaca otro síntoma muy frecuente pero no a menudo pasa inarvertido: la anhedonia o ausencia de placer.

Como he manifestado, el tremendo incremento de la depresión, su tendencia a violar impulsos instintivos básicos y su efecto bloqueador de necesidades biológicas han hecho que un gran número de investigadores sumen sus esfuerzos a fin de conocer mejor este problema.

Como dice Calderon (1984), "aunque la depresión no es una enfermedad grave sino en contadas ocasiones, suele causar grandes sufrimientos al enfermo. Su difícil clasificación como proceso morboso, su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad -que se manifiesta en sentimientos derrotistas-, y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad, han hecho que se considere como la enfermedad de las paradojas."

Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamientos de la depresión han rebosado el campo de la psiquiatría; por tanto, debe estar al alcance de médicos generales y especialistas en otras ramas de la medicina. Esto facilitaría el diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado que evitará al paciente y a sus familiares muchos años de sufrimiento y de inestabilidad social y económica.

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

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

Es sabido también, que la depresión es un síntoma que se presenta en muchas enfermedades físicas como psiquiátricas en forma secundaria. Puede ser un sentimiento normal con características de penas y lamentaciones, pero es posible alcanzar una importancia tal que sea necesario la hospitalización del paciente.

Hay tres clases de depresión principalmente, en los que pueden ser incluidos todos los demás:

1. -Depresión reactiva.
2. -Depresión neurótica.
3. -Depresión psicótica.

Voy a describir sólo los dos primeros para el propósito de esta tesis.

1.4.1. **DEPRESION REACTIVA.** - Se le define así a las diferentes reacciones del sujeto al enfrentarse a su estado de pérdida, acontecimiento doloroso o alguna situación penosa vital.

Esta depresión está considerada como normal, pues es una reacción ante algún acontecimiento desencadenante. Puede ser pérdida de dinero, la muerte de un familiar querido, pérdida de afecto, etc.. Para algunos no hay diferencia entre depresión neurótica y la reactiva. Para los psicoanalistas es la misma, pues la personalidad es siempre neurótica, pero su estado depresivo se debe a una reacción consecuente de algún problema. Para otros autores, consideran que la personalidad es la base de reacción ante la depresión y reserva la denominación de neurótica para los estados depresivos que aparecen en personalidades neuróticas aparentes, (hipocondría, obsesivos, histéricos,).

Para poder detectar la depresión tenemos que ver si cubren ciertos requisitos:

1. - La depresión debe aparecer en estrecha relación con el trauma psicológico. Siendo éste comprensible a la gente que le rodea.
2. - Que el acontecimiento del tema doloroso (temor, vergüenza, desesperación, arrepentimiento, remordimiento y nostalgia) permanezcan en conexión con el acontecimiento que originó el estado depresivo.
3. - La sintomatología podrá variar en función con las condiciones externas, siendo su evolución, por lo menos en forma parcial, dependiente de las modificaciones del medio ambiente.

Es muy complejo delinear los límites entre la depresión reactiva y neurótica, aunque los sentimientos que expresa el sujeto son accesibles a cualquiera en cuanto a entender la angustia normal. Es por lo tanto, insensible al paso de esta 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 que las variaciones raciales y culturales de luto mencionadas por Lempeire (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.

ACONTECIMIENTOS DESENCADENANTES: Las principales causas según la Dra Lempeire son:

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 conyuge (mediocridad, mala conducta, fracaso).
3. -Dificultad 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)nostálgia de exiliados.
 - b)provincianos que llegan a la ciudad.

Es importante mencionar que las causas varían de acuerdo al sexo, entonces tenemos:

MUJERES: Crisis sentimentales y conyugales, duelo, soledad, extrañamiento.

HOMBRE: Problemas financieros, crisis sentimentales, problemas profesionales.

La depresión reactiva también depende de varios factores:

1. -Edad del sujeto.
2. -Carácter.
3. -Constitución física.
4. -Modo actual de vida.
5. -Experiencia en el curso de la vida.

EVOLUCION. -

- a) Se presenta un bloqueo de los procesos vitales orientados hacia el exterior, desmayor, estados estuporosos, apatías.
- b) Crisis emotivas incoherentes: angustia, rabia, cólera.
- c) Regreso a actividades infantiles: sumisión pasiva, dependencia total, conducta de desesperación.
- d) Repetición del trauma en sueños o estados de vigilia.

1.4.2. DEPRESION NEUROTICA. — Es una demostración francamente depresiva debida en algunos casos a tensiones circunstanciales. Hay quienes afirman que un antecedente importante de estos enfermos (neuróticos) es que tuvieron como experiencia significativa la distancia o separación de los padres cuando niños.

Las depresiones pueden presentarse después de una fase de maduración de algunas semanas o meses en la cual aparecen en una forma progresiva:

- a) fatiga que se reciente penosamente.
- b) astenia.
- c) desaliento.
- d) trastornos del sueño.
- e) cefalias.

Antes de seguir con la depresión neurótica daré una definición de neurosis.

De acuerdo al DSM II (1968): Se incluyen todos los trastornos en los que la angustia era "una característica llamativa", tanto si "era sentida y expresada directamente" como si "era controlada inconscientemente y anatómicamente mediante mecanismos psicológicos de conversión, desplazamiento y de otra clase".

En cambio el DSM III (1983); Los trastornos en los que la angustia es experimentada directamente se incluyen entre los trastornos por angustia. Dice: "La neurosis es un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección conside-

rable y una apreciación de la realidad no alterada ya que, en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad, no está desorganizada. Las manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos-compulsivos y depresión.

ACONTECIMIENTOS DESENCADENANTES: Incluye los acontecimientos de la depresión reactiva, más los antecedentes de tipo neurótico ya mencionados. Por lo tanto esta depresión es más fuerte y severa que la depresión reactiva, pues en la depresión reactiva se detectan rasgos patológicos que hacen reaccionar al sujeto de una manera un tanto anormal, con antecedentes de personalidad patógena.

Esta depresión afecta el organismo, su energía, sus funciones corporales y tiende a influenciar absolutamente toda la vida del sujeto.

La apariencia puede ser inducida por los grados de ansiedad y agitación que le acompañan. La postura es desagradable y con poca fuerza muscular.

El pensamiento se centra en sus dificultades. Es notable su lentitud y dificultad para tomar decisiones.

La actividad motora se encuentra reducida, pudiendo llegar a un estado estuporoso.

La conversación se caracteriza por un tono bajo y agitado en ocasiones.

El humor es triste, pudiendo mejorar en presencia de amigos, disminuyendo así la tensión. Por la noche se empeora.

La energía es pobre con decremento en las reacciones. Se autodescriben despectivamente y con sentimientos de menúsvalía.

Hay pérdida de interés, en su trabajo y en las actividades de recreo; se pierde el interés en la higiene y apariencia personal.

El sueño se vuelve inconciliable. La socialización está interrumpida y por lo tanto hay falta de adaptación e irritabilidad.

La sexualidad se encuentra disminuida presentándose en la mujer alteraciones menstruales y en el hombre impotencia.

CAPITULO II

METODOLOGIA

2. 1. PROBLEMA. — La pregunta que se planteo es si la hospitalización influye para que incremente los niveles de depresión en los pacientes que han sido hospitalizados para una intervención quirúrgica, comparado con pacientes que no han sido hospitalizados.

2. 2. HIPOTESIS. — Las hipótesis que albergan la presente investigación estan dirigidas a establecer el nivel de la relación de la variable edad controladas y cada una de las escalas de la prueba MMPI, para cada una de las muestras; En otro momento detectar las posibles diferencias entre las muestras a partir de las puntuaciones de cada escala de la prueba, pero específicamente en la escala de depresión.

Hi: Si influye la hospitalización en el incremento de los niveles de depresión en los pacientes hospitalizados con intervención quirúrgica.

Ho: No influye la hospitalización en el incremento de los niveles de depresión en los pacientes hospitalizados con intervención quirúrgica.

2. 3. VARIABLES. — Las variables que se tomaron en cuenta son:

- Pacientes que están hospitalizados y que se les ha realizado una intervención quirúrgica.
- Se omitieron las hospitalizaciones por cancer, quemaduras, - deshauciados, sujetos que esten en calidad de detenidos.
- Las edades fluctuaron entre 18 a 50 años.
- Un nivel socioeconómico medio y alto.
- Una escolaridad que le permita comprender la prueba.
- Los sujetos se tomaron de la sala de cirugía general del hospital; y consulta externa con médicos particulares.
- Se tuvo en cuenta que al aplicarse la prueba estuvieran en condiciones de contestarla.
- Los de consulta externa (no hospitalizados) que fueran pacientes que se les fuera a realizar cirugía.
- Los hospitalizados que estuvieran internados en el hospital aproximadamente una semana.

2. 4. SUJETOS. — Los sujetos que participaron en esta investigación fueron 25 pacientes hospitalizados, con una semana aproximadamente de hospitalización, que han tenido cirugía de sexo masculino y femenino, con una edad entre los 18 a 50 años; y 25 pacientes no hospitalizados, pero candidatos a hospitalización, de sexo masculino y femenino, con una edad entre los 18 a 50 años, tomados de consulta externa con médicos particulares.

2. 5. ESCENARIO. — Los pacientes hospitalizados fueron tomados del Hospital Universitario "Evaristo García", de la sala de cirugía general; en esta muestra no entraron pacientes quemados, ni detenidos, ni deshausiados, ni con cancer.

Los pacientes no hospitalizados fueron tomados de consulta externa, en consultorios de médicos particulares.

HOSPITAL UNIVERSITARIO "EVARISTO GARCIA". - Un grupo de médicos tuvieron la idea de fundar el Hospital Universitario "Evaristo García", en 1940 ubicado en la ciudad de Cali, Valle- Colombia.

Abrió sus puertas en 1956 a la comunidad con atención hospitalaria; prestando atención médica de alta calidad en el área de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a pacientes referidos de las 9 unidades regionales del Departamento del Valle del Cauca.

Lleva el nombre de "Evaristo García" en recuerdo a este eminente científico caleño, nacido en 1815, médico egresado de la Universidad Nacional quien brindó invaluable servicios a la comunidad a través de los diferentes cargos que ocupó dentro de la administración pública.

Presta los siguientes servicios: Servicios clínicos: -médicos quirúrgicos; -médicos pediatras; -médicos psiquiatras; -médicos obstetra y ginecología; -médicos cirujanos. Integrativos: -anestesiología; -medicina física; -rehabilitación; -patología y laboratorio clínico; -rayos X, radioterapia; -medicina nuclear; - unidad de cuidados intensivos; -nutrición y dietética; -ambulatorios; -servicio social; -consulta externa; -urgencias; -enfermería.

El hospital tiene aproximadamente 528 camas, estando divididas en: 426 asistenciales y 102 pensionados.

2. 6. MUESTRA. — Se utilizó el muestreo por juicio.

2. 7. DISEÑO. — Diseño comparativo entre dos grupos diferentes. Se parece a un diseño "ex post facto" comparativo pues en el grupo de hospitalizados se pretendió investigar el fenómeno, que ya había ocurrido sin manipulación por parte del investigador, comparado con el grupo no hospitalizado que sería el control.

2. 8. PROCEDIMIENTO. — En octubre de 1984, se visitó al director del hospital Universitario "Evaristo García" ubicado en Cali Colombia, el objetivo de dirigirse a este hospital fué el reunir la población para la investigación sobre "Depresión en el paciente hospitalizado".

Dentro del hospital se habló con el director Dr. Oscar Rojas, informándole acerca de la investigación. Después de haber aceptado el Dr. Rojas, se me envió con el Dr. Guilfredo Arévalo, director de Salud Mental del mismo hospital, que sería el encargado de supervisar la investigación; en la supervisión también participó la psicóloga Constanza Wiedmann.

Luego de haber conseguido el acceso a la sala de cirugía general, se le notificó al Dr. Torres jefe de la sala de cirugía general de dicho hospital y él al mismo tiempo notificó a las jefes de enfermeras de cada turno; se obtuvo también acceso a los expedientes de los pacientes para una rápida selección de la muestra.

Las visitas al hospital se hacían algunos días en las horas de la mañana a partir de las 10:30 am, pues antes de esta hora les hacen las curaciones a los pacientes y no era el momento conveniente, hasta las 12:00 pm que comenzaba la hora del almuerzo (comida). En los días que se acudía en las tardes era a partir de las 2:30 pm hasta las 6:00 pm.

Hubieron pacientes que se negaban a colaborar por el hecho de que era una investigación psicológica y decían: "pero yo estoy bien, no estoy mal de la cabeza", otros decían "a mí no me pasa nada".

Al hospital se acudía diariamente, algunas veces no encontrando pacientes que fueran candidatos óptimos para la investigación. Había que estar pendiente de los ingresos diarios.

Habiendo seleccionado a los pacientes, se estableció un breve - rapport con cada uno de ellos con el objeto de disminuir la ansiedad y preguntarles si querían colaborar con la investigación.

Seguidamente se dió explicación de la prueba proporcionandole - el folleto de preguntas, una hoja de respuestas y un lapiz con goma, dandole las siguientes instrucciones: "Este folleto contiene 566 preguntas, las cuales contestarás con Cierto o Falso, trata de no omitir preguntas y trata de ser sincero contigo mismo; cualquier pregunta al respecto me la puedes hacer a mí. Se le ejemplificaban con los tres primeros reactivos. Se estaba pendiente del paciente por si surgía alguna pregunta.

Algo importante era el hecho de que había que estar pendiente - de que el paciente estuviera en una condición optima para que pudiera contestar el cuestionario, refiriendome con esto a su estado, por efecto de la medicamentación.

Para la población de consulta externa, se hizo el contacto con -- los respectivos médicos informandoles de la investigación y pidiendo su colaboración el cual consistía en seleccionar los posibles candidatos y preguntandoles ellos mismos si querían colaborar; seguidamente me informaban para que yo acudiera a cada paciente; algunas veces me tocó ir a sus respectivas casas, otras veces en el - mismo consultorio de los médicos, dandoles las mismas instrucciones que a los hospitalizados.

Con estos pacientes hubo menos obstáculos, pues desde el mo-- mento que aceptaban a colaborar no hubo desertores.

El tiempo de aplicación fué aproximadamente de tres a cuatro - horas para los hospitalizados, inclusive para algunos de un día para otro por su estado de convalecencia. Para los de consulta externa, - fué una sólo sesión habiendo algunos casos de un día para otro. En ambos grupos la administración fué en forma individual.

De la manera antes descrita, se logró reunir un total de 55 MMPI, quedando invalidados 5 de ellos, por lo tanto quedando 50 MMPI, po-- blación de la que cuento para la investigación.

Las cirugías que fueron practicadas y que serían practicadas son: Co-
lelitiasis biliar, Colecistitis aguda, Hernia de hiato, Ulcera gástrica,
Quiste del riñón, Apendicitis, Quiste del ovario, Nodulos de las mamas,
Megacolon tóxico, Histerectomia, Adenomiosis.

2.9. INSTRUMENTO. — Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI): En 1938 surge debido a la necesidad de evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, en una forma objetiva, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran útiles en la práctica clínica.

Los Dres. S. R. Hathaway y C. Mc Kinley con las respuestas ofrecidas por los pacientes, construyeron las escalas de acuerdo a la nosología de la época. Estos autores siguieron la técnica desarrollada por Binet en sus pruebas sobre inteligencia.

Las frases se basaron en las preguntas que se hacen para elaborar historias clínicas de medicina general, neurología y psiquiatría, escalas publicadas en esa época para encontrar datos de personalidad y sobre orientación vocacional.

El primer inventario multifásico de la personalidad MMPI-español, que consta de las 566 frases, que fué traducido por el personal técnico del centro de orientación de la Universidad de Puerto Rico, A. Bernal, A. Colón, E. Fernandez, A. Mena, A. Torres y E. Torres con la colaboración del Dr. Starke Hathaway y que fué adaptado para América Latina por el Dr. Rafael Nuñez. La prueba ha sido traducida a 40 idiomas.

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

El primer grupo clínico que se estudió fué la hipocondriasis (Mc Kinley y Hathaway, 1940). Por esa época se presentó también por primera vez los resultados de la aplicación del MMPI a pacientes con sintomatología de depresión. La depresión tal como se utilizó se refería a insatisfacciones con el estado general de las cosas o de la vida, falta de esperanza en el futuro y decaimiento de ánimo.

La escala de depresión se le llamó (D), tomándose en consideración la frecuencia con que los pacientes diagnosticados como depresivos respondieron al pedirles que contestaran Cierto o Falso.

Esta escala demostró de manera estadística que era posible diferenciar clínicamente pacientes deprimidos de sujetos normales, y también el hecho de que la mujer ofrece una puntuación más alta, en esta escala que el hombre.

Existen dos formas de aplicación: Individual y colectiva. La primera consta de barajas que contienen las diversas frases y que son enumeradas también en el folleto para formas colectivas. Cada tarjeta debe ser colocada en el casillero que le corresponda, pudiendo ser: Cierto o Falso, no puedo decidirme. Esta forma ha sido deshechada por lo tardado que es para calificar.

La segunda forma, la 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
sexo	dirección

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 rellenados, tomando en cuenta que son dos claves diferentes para la escala MF (masculino-femenino) una para cada sexo.

La prueba, como se mencionó antes, consta de 566 frases de las cuales 16 son repetidas. No se tiene tiempo límite, pero aproximadamente se lleva de una hora a hora y media de aplicación. Es 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 entenderían lo que se les está preguntando.

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

ESCALAS DE VALIDEZ. — ? No puedo decir: esta escala se refiere a las frases que no han sido contestadas, que 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:

Esta escala consta de 15 frases. Nos dice el grado de franqueza del sujeto al tomar la prueba, la tendencia del sujeto a cubrir sus faltas personales socialmente inaceptables, su tendencia a mentir. - Una puntuación alta en esta escala, puede ser una distorsión de la prueba, realizada deliberadamente por el sujeto.

F:

Esta escala mide que tanto endiende el sujeto lo que está leyendo. Consta de 64 frases. Si el puntaje es alto, las otras escalas probablemente se invaliden pudiendo ser por varias razones: porque el sujeto se descuidó; porque fué 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 casos, que sea esquizofrenia, por más alto que sea nos está aportando una información valiosa.

K:

Esta escala está integrada por 30 frases; opera como escala de corrección para las escalas clínicas 1 (Hs), 4 (Dp), 8 (Es) y 9 (Ma), - y como característica de personalidad. Puede considerarse como una medida de actitud del sujeto ante la situación de la prueba.

Indice F-K de Gough:

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, si ésta diferencia es de más 9 o menos 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.

ESCALAS CLINICAS. —

Hs: (Hipocondriasis)

La escala denominada hipocondriasis es la primera de las clínicas, está formada por 33 frases y fué deducida al llevar a cabo la compara-

ción 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 acerca de las funciones corporales.

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

D: (Depresión)

Se caracteriza por la escala del "estado de ánimo", pues permite encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios. La escala varía de acuerdo con la forma en que fluctúan esos estados de ánimo. Mide 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. La elevación moderada sugiere conciencia de problemas personales y motivación para cambiar ese estado de situaciones.

Hi:(Histeria)

Esta escala denominada como histeria consta de 60 frases; tiene el objeto de identificar a pacientes con histeria de conversión; detecta 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, malestares gástricos o intestinales.

Dp: (Desviación psicopática)

Esta escala consta de 50 frases. La característica principal de es-

ta escala es que detecta la ausencia de respuesta emocional profunda. Son personas con conducta social con cuadros patológicos en la estructura de la personalidad, no prestando ningún grado de angustia y poco o ningún grado de malestar.

Los sujetos con alta puntuación en esta escala acostunbran a robar, mentir, afisionarse al alcohol, a las drogas y a las perversiones sexuales.

Se utilizan tres grupos de preguntas para evaluar esta escala: - a) mala adaptación social; b) depresión y ausencia de experiencias agradables; c) tendencias paranoides.

MF: (Masculinidad-femineidad)

Mide la tendencia hacia los patrones de intereses masculinos - femeninos. Esta integrada por 60 frases.

Un puntaje alto es diferente para hombres y mujeres. Por ejemplo, cuando es hombre, puede hablar de inversión sexual, claro que este diagnóstico debe ser confirmado por otros elementos. En la mujer, en cambio, no se considera de igual manera, ya que puede estar representando resentimiento y agresión.

Pa: (Paranoia)

Consta de 40 frases. Se derivó de pacientes diagnosticados con - síntomas paranoides. Se refiere a ideas de persecución, suspicacia, megalomanía y rigidez en las opiniones. Se caracteriza por encontrar 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.

Pt: (Psicastenia)

Esta integrada por 48 frases. Fué diseñada para encontrar características de personalidad clasificada como psicastenia, término en - desuso. Incluye reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas.

La conducta compulsiva se caracteriza por la necesidad de ejecutar ciertos actos sin tomar en cuenta lo racional de los mismos. Si -

no se lleva a cabo se experimenta una gran angustia. Las conductas encontradas más comunmente en sujetos con puntajes altos son: tendencia a lavarse las manos constantemente; necesidad de contar objetos vistos; etc.

Es: (Esquizofrenia)

Se designa como esquizofrenia. Consta de 78 frases. Esta escala ha recibido más atención, a fin de lograr identificar una variable útil. Los sujetos con puntuación elevada se caracterizan por pensamientos o conductas inusitadas o extrañas; frialdad, apatía, indiferencia e inaccesibilidad, estereotipias, retraimiento, pérdida de interés en las relaciones y un rendimiento bajo.

Ma: (Manía)

Denominada hipomanía. Se refiere a un estado menor de manía o sea un leve grado de excitación que se encuentra en la psicosis maniaco-depresiva. Las personas con un puntaje alto presentan las siguientes características: hiperactividad emocional y excitabilidad así como fuga de ideas con una actividad casi siempre improductiva.

Si: (Sociabilidad)

Se buscó con ella la tendencia a la introversión o extroversión social. La puntuación elevada nos da conducta de aislamiento y si es a la inversa su conducta sería de sociabilidad. Esta escala la forman 70 frases.

COMBINACIONES: La utilización de combinaciones en el MMPI es de gran utilidad para una interpretación clínica acertada. El sistema de dos dígitos es el más sencillo que se puede utilizar en agrupaciones de perfiles. Generalmente se anota el número de la escala más alta y se sitúa a su lado el número de la escala que le sigue en elevación. Un ejemplo de esto podría ser, si la escala (D) tiene una puntuación de 74, y la escala (E s) tiene una puntuación de 70, esta combinación llevará la anotación 2-8.

CODIFICACION: Existe también una hoja especial para registrar las calificaciones y el perfil; una para el sexo masculino y otra para el sexo femenino. Se debe 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 nos dá el puntaje pesado.

No a todas las escalas se les hace la corrección, sino únicamente a las escalas 1, 4, 7, 8, 9, . El puntaje 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

Existen dos sistemas empleados en la construcción numérica del MMPI, uno originado por Hathaway (1947) y el otro es el procesamiento de Welsh (1948).

Para fines de ésta investigación se va a utilizar el sistema de codificación de Hathaway:

1. - Se anota el número de la escala que corresponde a la mayor puntuación T.
2. - Anotar el orden descendente la puntuación T.
3. - Anotar el signo prima (') después del último número que en la expresión numérica o clave representa una puntuación T de 70 o mayor de 70. Después se anotan en orden descendente todas las escalas hasta llegar a la que tenga puntuación mayor de 50.
4. - Si la puntuación T es 100 o mayor de 100, el número de la escala es seguido por cuatro primas ('''), si se encuentra entre 90 y 99 el número de la escala es seguido por tre (''), entre 80 y 89 por (''). Si no existen puntuaciones superiores a 69, o si las escalas mayores están entre 55 y 69, la clave no tiene que marcarse con primas. Cuando no existen puntuaciones superiores a T 70, se puede marcar una (') antes de las escalas. Si no existen puntuaciones bajas, estas se indican colocando un signo prima después de un guión (-').

La puntuación T de Mf, escala 5, se anota entre parentesis después de las escalas clínicas. La puntuación bruta obtenida en las escalas L, F, K se anotan después de la puntuación T de Mf. Si existen dos o más escalas con igual valor T o con un punto de diferencia se les colocará una raya debajo, esto indicará que el valor es más o menos igual.

CAPITULO III

DEFINICION DE TERMINOS

ANGUSTIA: Es un estado afectivo displaciente que se manifiesta como una reacción del yo ante situaciones conflictuales o ante un hecho que ofrece el riesgo de suscitar un peligro real.

TEMOR AL ABANDONO: En las elaboraciones temáticas se detecta como miedo a estar desamparado o a que desaparezcan figuras significativas.

CONFLICTO PSIQUICO: En psicoanálisis se habla de conflicto - cuando, en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El - conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo o una - exigencia moral o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones de carácter, etc.

FASE ANAL-SADICA: Según Freud, segunda fase de la evolución libidinal, que puede situarse aproximadamente entre dos y cuatro - años; se caracteriza por una organización de la libido bajo la primacia de la zona erógena anal: la relación de objeto está impregnada de significaciones ligadas a la función de la defecación, y al valor simbó- lico de las heces. En ella se ve afirmarse el sadomasoquismo en relación con el desarrollo del dominio muscular.

FASE FALICA: Fase de organización infantil de la libido que sigue a la fase oral y anal y se caracteriza por una unificación de las pulsiones parciales bajo la primacia de los órganos genitales; pero a - diferencia de la organización genital puberal, el niño o la niña no reconoce en ésta fase más que un sólo órgano genital, el masculino, y la oposición de los sexos equivale a la oposición fálico-castrado. La fase fálica corresponde al momento culminante y a la declinación del complejo de edipo.

FIJACION: El concepto de fijación forma parte, en general, de una concepción genética que implica una progresión ordenada de la li bido (fijación de una fase). Pero, también se habla de fijación dentro

de la teoría freudiana del inconsciente para designar el modo de inscripción de ciertos contenidos representativos (experiencias, imágenes, fantasmas) que persisten en el inconsciente en forma inalterada y a los cuales permanece ligada la pulsión.

FORMACION DE SINTOMAS: Término utilizado para designar - el hecho de que el síntoma psiconeurótico es el resultado de un proceso especial, de una elaboración psíquica.

INTROYECCION: Proceso puesto en evidencia por las investigaciones analíticas: el sujeto hace pensar en forma fantasmática, de "fuera" a "dentro" objetos y cualidades inherentes a estos objetos.

IDENTIFICACION: Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.

NARCISISMO PRIMARIO: EL narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño carga toda su libido sobre sí mismo.

NARCISISMO SECUNDARIO: El narcisismo secundario designa - una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catéxias objetales.

PRINCIPIO DE REALIDAD: Uno de los principios que según Freud rigen el funcionamiento mental. Forma pareja con el principio de placer, al cual modifica: en la medida en que logra imponerse como -- principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa - por los caminos más cortos, sino mediante rodeos, y aplaza su re-- sultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior. Desde el punto de vista dinámico, el psicoanálisis intenta basar el prin-- cipio de realidad sobre cierto tipo de energía pulsional que se hallaría más especialmente al servicio del yo.

INTRINSICO: Caracteriza el valor (en cualquier aspecto específico) de un objeto o dato determinado sin tener en cuenta sus relaciones - con otros.

IDIOSINCRACIA: Cualquier detalle de la conducta peculiar de un individuo determinado, y que no puede atribuirse fácilmente a procesos psicológicos generales o bien conocidos.

TRAUMA: Es un evento que por su intensidad o por la relación con la estructura psíquica del sujeto puede desorganizarla o reactivar y actualizar conflictos que estaban aparentemente resueltos o ante los cuales se aplicaban mecanismos defensivos que lo solucionaban.

Se puede caracterizar como un acontecimiento extraño o muy intenso, ante el cual el sujeto incapaz de responder adecuadamente da como resultado una conducta patógena.

La cirugía es un acontecimiento inesperado y accidental que amenaza el cuerpo del sujeto y que no está preparado para afrontar, y en consecuencia puede llegar a ser traumático.

COLELITIASIS BILIAR: Formación de cálculos o concreciones en las vías biliares. Los síntomas son: trastornos funcionales por parte del tubo gastrointestinal, con sensación de plenitud, vómito y diarrea. Dolores. Ictericia (coloración amarilla de la piel). Fiebre.

COLECISTITIS AGUDA: Generalmente corresponde a inflamación de las paredes de la vesícula biliar secundaria al remanso de su contenido de bilis por una obstrucción de su conducto de drenaje (conducto cístico).

HERNIA DE HIATO: El paso de partes del estómago al tórax a través del hiato diafragmático. Los síntomas son: dolores inespecíficos en el epigastrio superior, por detrás del apéndice xifoide, hiperacidez gástrica. Aumento de presión, un prolapso mucoso gastroencefálico. La medida operativa pretende un estrechamiento del hiato esofágico y una fijación del fornix del estómago y del exófago terminal al hiato diafragmático.

ULCERA GÁSTRICA : (PEPTICA). Solución de continuidad con pérdida de sustancia debida a un proceso necrótico de escasa o nula tendencia a la cicatrización.

Úlcera péptica de la mucosa del estómago que ordinariamente es redonda, perforante, afección crónica. Los síntomas son: vómito dolor, hemorragia gástrica, perforación ausencia súbita de presión y la taquicardia. Se recomienda la cirugía.

QUISTE DEL RIÑÓN: A lo largo de la vida, va aumentando el tamaño el riñón, llegando a alcanzar finalmente un peso de varios kilos. El

riñón se encuentra sembrado de quistes. Los síntomas son: dolores umbrales y abdominales; pueden palpase tumoraciones en ambas fosas renales. Hallazgos patológicos en la orina, cólicos severos, infección en las vías urinarias, disminución de la capacidad del riñón en su concentración. Los abscesos renales y perinefríticos obligan a la intervención quirúrgica.

APENDICITIS: Enfermedad intestinal, suele comenzar con dolor periumbilicales o epigástricos, anorexia, náuseas y vómito. Puede cursar tanto con estreñimiento como con diarrea, posible febrícula y taquicardia. Debe realizarse intervención quirúrgica.

QUISTE DEL OVARIO: Tumor formado por un saco cerrado normal o accidental, especialmente el que contiene líquido o una sustancia semisólida. Puede ocasionar una sensación de malestar o pesadez pelviana de el lado afectado. Se puede observar también alguna irregularidad menstrual.

NODULOS DE LAS MAMAS: Carcinoma: se presenta generalmente como una masa indolora sólida y profunda. La infiltración local puede producir fijación del tumor en la pared torácica. Esta es percibida por aducción del brazo por adherir a los músculos pectorales y la fascia. La fijación o edema de la piel es otro signo de malignidad. La alteración de la vascularidad y el incremento del metabolismo del tumor produce aumento de la temperatura que puede ser medido por termografía

MEGACOLON TOXICO: Enorme dilatación del fleon, así como del colon ascendente y transverso. La serosa del colon se hallaba cubierta por una red de finos vasos arboriformes. Se presentan hemorragias submucosa.

El megacolon tóxico es un síndrome especial en relación con la colitis fulminante.

La dilatación del colon ya sea por fleon dinámico o obstrucción distal es frecuente en muchos procesos agudos intraabdominales. La patogenia del megacolon tóxico no ha sido aclarada. La posibilidad más obvia es una parálisis tóxica de la musculatura, el megacolon tóxico se ha descrito igualmente en las colitis de origen amebiano.

HISTERECTOMIA: Consiste en la extirpación de la matriz o cuerpo

uterino, que tiene como función recibir el ovulo fecundado, conserva y nutre el producto de la concepción, y a expulsarlo en el tiempo oportuno.

ADENOMIOSIS:(Endometrosis interna) Se debe a la presencia de endometrio heterotópico en el miometrio. Se aumenta el tamaño de la matriz. Se presenta hipermenorrea, dismenorrea adquirida, manchas premenstruales, dolor, hemorragia uterina disfunción ovárica.

CAPITULO IV

RESULTADOS DEL ESTUDIO Y SU ANALISIS ESTADISTICO

Es preciso mencionar que todo el análisis estadístico de la información obtenida a través de la investigación fué procesada con la ayuda de un sistema computarizado, específicamente a través del paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS), (10). Se utilizaron varias rutinas en función del orden de complejidad de los análisis que aquí se presentan.

La rutina "frecuencias" = frecuencias con la subrutina "Statistics" estadística, permitió la obtención de un perfil grupal para los sujetos hospitalizados como los no hospitalizados es la escala MMPI. (ver gráficas de perfiles en la pags. 55, 56.).

La rutina "Pearson Corr" = correlación producto momento de Pearson sirvió para encontrar los valores de la asociación entre la edad y cada una de las escalas del MMPI. Para el grupo de pacientes hospitalizados se encontró un valor $R = -0.28$ $P = 0.08$ entre la variable edad y la escala de manía, estos valores representan una relación inversa (a mayor edad, menor puntuación en la escala de manía), que si bien es cierto que el valor de la asociación es bastante débil y sólo una confianza de 92% puede arrojar consideraciones importantes en las conclusiones. Para el caso de las otras escalas ninguna representa significancia con respecto a su asociación con la variable edad.

Por otro lado, para el grupo de personas no hospitalizadas se encontró que la edad guarda una asociación directamente proporcional con las puntuaciones de las escalas (L) $R = 0.33$ $P = 0.04$; (Hs) $R = 0.30$ $P = 0.06$; (Hi) $R = 0.38$ $P = 0.02$; como en el caso anterior, los valores de la asociación son débiles pero pueden ofrecer análisis cualitativos importantes para tratar de explicar las semejanzas y diferencias entre las dos poblaciones estudiadas en la presente investigación.

Es importante hacer notar a esta altura del análisis que en el grupo de personas no hospitalizadas, tres escalas presentan niveles significativos de asociación, en contraste con el grupo de pacientes hospitalizados en donde sólo la escala de manía brindaba expectativas de análisis. Lo anterior sugiere las movibilidades entre las puntuaciones en -

las escalas para el grupo de personas no hospitalizadas, mientras que para el grupo de pacientes hospitalizados se presenta menos movilidad en las escalas, con una ligera tendencia de esquemas patológicos más notables.

Otra intención del análisis estadístico estaba dirigido a detectar - las diferencias entre las puntuaciones de los dos grupos en cada una - de las trece escalas de la prueba MMPI. Para cubrir este objetivo se utilizó la rutina "T-Test" prueba t del SPSS.

Se encontraron diferencias significativas en las escalas:

(L) donde las medias para los grupos

hospitalizados $\bar{X}=5.56$ $S=2.43$

no hospitalizados $\bar{X}=4.20$ $S=2.21$

$t=2.07$ $gl=48$ $P=0.04$

Estas diferencias significativas, representan en efecto la tendencia más patológica del grupo de pacientes hospitalizados en la escala.

(MF) hospitalizados $\bar{X}=30.84$ $S=5.52$

no hospitalizados $\bar{X}=33.68$ $S=5.53$

$t=-1.81$ $gl=48$ $P=0.07$

Lo más importante de esta comparación es la presencia de valores "t" negativo que muestra una tendencia hacia puntajes más elevados en el grupo de personas no hospitalizados en la escala de masculinidad-fe mineidad, pese a que el valo P 0.07 noes un valor críticamente signi- ficativo, puede brindar expectativas de análisis conceptual-cualitativo en esta escala.

(Si) hospitalizados $\bar{X}=32.48$ $S=8.34$

no hospitalizados $\bar{X}=26.20$ $S=8.84$

$t=2.58$ $gl=48$ $P=0.01$

Esta comparación es la que registra un mayor rango de diferencia entre los dos grupos y muestra una tendencia definida del grupo de pa- cientes hospitalizados hacia la introversión, timidez, inseguridad, a- patía, etc.

Hasta aquí se ha mostrado algunas particularidades del comporta- miento de la información dentro del marco de la investigación, los re- sultados abarcan, en esta primera fase el aspecto técnico formal del lenguaje estadístico; en la fase posterior se analizan en un orden - conceptual, más cualitativo las relaciones y diferencias entre las va- riables del estudio.

Tomando la escala (D) depresión, que es la que nos interesa en este estudio, vemos que no hay diferencias significativas entre las medias:

\bar{X} 26.48	(hospitalizados)	S 5.82	
\bar{X} 24.16	(no hospitalizados)	S 5.47	p 0.143

Por lo cual podríamos decir que la hospitalización no incrementa los niveles de depresión en los pacientes hospitalizados con intervención quirúrgica.

Si encontrando en cambio, como se mencionó anteriormente, diferencias en las escalas (L), pudiendo decir que en el grupo de hospitalizados hay tendencias a cubrir sus faltas personales socialmente inaceptadas y podría ser que no fueron muy francos al contestar la prueba.

Otra diferencia significativa la vemos en la escala 5 (MF), en el grupo de hospitalizados podemos ver que tienden más hacia intereses femeninos, son pasivos, sumisos, restringidos. Comparado con los no hospitalizados que se alejan un poco más de éstas características.

Otra diferencia significativa se encontró en la escala 0 (Si), encontrando más tendencia a la introversión en los pacientes hospitalizados.

En la correlación producto momento de pearson se vió una asociación entre la edad y la escala 9 (Ma) en el grupo de hospitalizados, encontrándose una relación inversa que nos dice que entre más edad tenían los pacientes eran más prácticas, confiables, adaptables, ordenadas, con poca energía vital y disminución de la actividad; esto podría ser consecuencia por su edad.

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

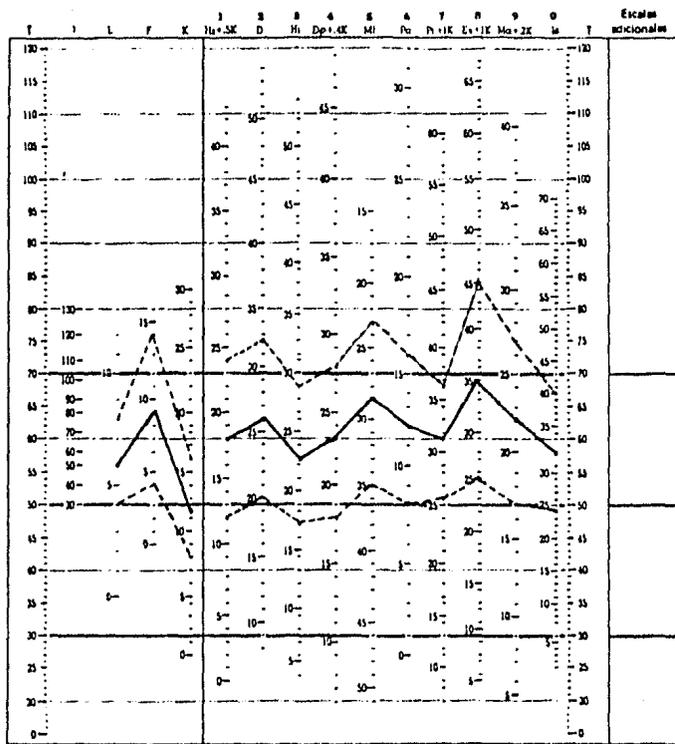
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos PERFIL GLOBAL
PACIENTES HOSPITALIZADOS

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntuación natural _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____

Fracciones K				
ESC.	1	2	3	4
20	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	
18	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

ESC.	\bar{x}	S
L	5.56	2.43
F	9.36	5.45
K	11.52	4.18
1	17.64	5.55
2	26.48	5.55
3	22.84	5.54
4	23.36	4.65
5	30.84	5.52
6	11.72	3.86
7	31.40	5.47
8	34.52	9.88
9	21.88	4.67
0	32.48	8.34

____: Medias

---: Desviación standar.

Firma _____ fecha _____



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre _____ (letra de molde)

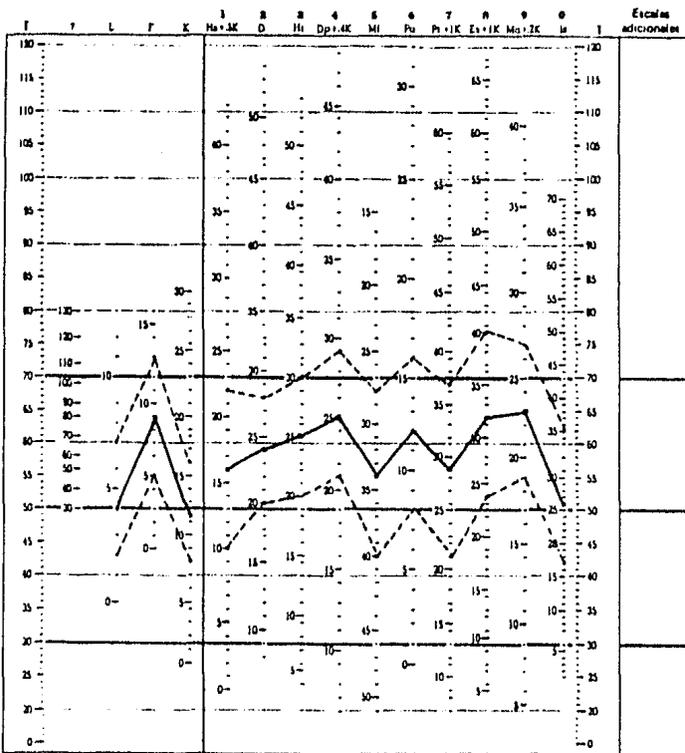
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos PERFIL GLOBAL

PACIENTES NO HOSPITALIZADOS.

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntuación natural _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____



Fracciones N

K	S	4	3
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	3
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	1	1
3	2	1	0
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

ESC.	\bar{X}	S
L	4.20	2.21
F	9.04	4.19
K	12.04	4.34
1	15.76	5.82
2	24.16	5.47
3	24.60	4.67
4	24.68	3.71
5	33.68	5.55
6	12.28	3.54
7	29.44	7.72
8	31.84	7.92
9	23.24	4.38
0	26.20	8.84

— Medias.
 - - - - : Desviación standar.

Firma _____ Fecha _____

56.

CORRELACION DE PEARSON ENTRE ESCALAS MMPI CON LA
VARIABLE EDAD EN EL GRUPO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

L	F	K	1	2	3	4
$r=0.0504$	$r=-0.0528$	$r=0.2450$	$r=0.1745$	$r=0.1940$	$r=0.0080$	$r=-0.1188$
(25)	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)
$P=0.505$	$P=0.401$	$P=0.119$	$P=0.202$	$P=0.176$	$P=0.485$	$P=0.286$

5	6	7	8	9	0
$r=0.0275$	$r=0.0474$	$r=-0.0421$	$r=-0.0017$	$r=-0.2891$	$r=0.1823$
(25)	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)
$P=0.448$	$P=0.411$	$P=0.421$	$P=0.497$	$P=0.081$	$P=0.192$

r correlación de pearson,

CORRELACION DE PEARSON ENTRE ESCALAS MMPI CON LA VARIABLE EDAD EN EL GRUPO DE PACIENTES NO HOSPITALIZADOS.

L	F	K	1	2	3	4
$r=0.3385$	$r=0.0516$	$r=-0.0128$	$r=0.3080$	$r=-0.0974$	$r=0.3864$	$r=-0.1326$
(25)	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)
$P=0.049$	$P=0.403$	$P=0.476$	$P=0.067$	$P=0.322$	$P=0.028$	$P=0.264$

5	6	7	8	9	0
$r=-0.0152$	$r=0.0993$	$r=-0.0803$	$r=-0.1485$	$r=0.2329$	$r=-0.1829$
(25)	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)
$P=0.471$	$P=0.318$	$P=0.351$	$P=0.239$	$P=0.131$	$P=0.191$

r correlación de pearson.

----- T - TEST -----

Variable	Casos	Media	S	E. Standar	T	Gl	P
Esc. L							
Grupo 1	25	5.560	2.434	0.487			*
Grupo 2	25	4.200	2.217	0.443	2.07	48	0.044
Esc. F							
Grupo 1	25	9.360	5.453	1.091			
Grupo 2	25	9.040	4.198	0.840	0.23	48	0.817
Esc. K							
Grupo 1	25	11.520	4.184	0.837			
Grupo 2	25	12.040	4.344	0.869	-0.43	48	0.668
Esc. 1 (Hs)							
Grupo 1	25	17.640	5.552	1.110			
Grupo 2	25	15.760	5.826	1.165	1.17	48	0.249
Esc. 2 (D)							
Grupo 1	25	26.480	5.554	1.111			
Grupo 2	25	24.160	5.475	1.095	1.49	48	0.143
Esc. 3 (Hi)							
Grupo 1	25	22.840	5.543	1.109			
Grupo 1	25	24.600	4.673	0.935	-1.21	48	0.231

Continuación -----T - TEST -----

Variable	Casos	Media	S	E. Standar	T	Gl	P
Esc. 4 (Dp)							
Grupo 1	25	23.360	4.654	0.931			
Grupo 2	25	24.680	3.716	0.743	-1.11	48	0.273
Esc. 5 (Mf)							
Grupo 1	25	30.840	5.528	1.106			*
Grupo 2	25	33.680	5.551	1.110	-1.81	48	0.076
Esc. 6 (Pa)							
Grupo 1	25	11.720	3.868	0.774			
Grupo 2	25	12.280	3.542	0.708	-0.53	48	0.596
Esc. 7 (Pt)							
Grupo 1	25	31.400	5.470	1.094			
Grupo 2	25	29.440	7.725	1.545	1.04	48	0.306
Esc. 8 (Es)							
Grupo 1	25	34.520	9.883	1.977			
Grupo 2	25	31.840	7.925	1.585	1.06	48	0.295
Esc. 9 (Ma)							
Grupo 1	25	21.880	4.675	0.935			
Grupo 2	25	23.240	4.381	0.876	-1.06	48	0.294
Esc. 0 (Si)							
Grupo 1	25	32.480	8.342	1.668			*
Grupo 2	25	26.200	8.846	1.769	2.58	48	0.013

*Comparación que ofrecen diferencias significativas entre los dos grupos.
 S: Desviación estandar. Gl: Grados de libertad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES. — Los resultados del presente estudio indican que la hospitalización no incrementa los niveles de depresión en pacientes sometidos a cirugía.

En los casos en que se encontró en el MMPI un incremento en la escala 2 (D), podríamos inferir que es consecuencia de la personalidad de cada paciente y no directamente de la hospitalización en este estudio. Para corroborar esto se tendría que hacer un estudio más extensivo.

La forma en que estos hechos se relacionan con la intervención quirúrgica, está ligado con la vida anterior o experiencias anteriores que traía el sujeto en el momento de ser intervenido quirúrgicamente. Lo cual podemos concluir que la intervención quirúrgica influye negativamente incrementando niveles de depresión de acuerdo a las vivencias anteriores y situaciones a la cual se ha visto sometido el sujeto.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación llegamos a las conclusiones siguientes:

1. -Se rechaza la hipótesis alterna que dice: "Si influye la hospitalización en el incremento de los niveles de depresión en los pacientes hospitalizados con intervención quirúrgica.
2. -Queda aceptada la hipótesis nula que dice: "No influye la hospitalización en el incremento de los niveles de depresión en los pacientes hospitalizados con intervención quirúrgica.

En ambos grupos tanto en hospitalizados como en no hospitalizados la escala 2 (D) estuvo casi al mismo nivel en el perfil global, que dando las medias del grupo hospitalizado en 26 y la media del grupo no hospitalizado en 24, lo cual la diferencia no es significativa como lo demostró el análisis estadístico. Encontrándose en ambos grupos personas levemente depresivas, preocupados y pesimistas, lo cual puede ser resultado de situaciones temporales.

SUGERENCIAS. — A partir de la experiencia obtenida mediante la presente investigación, sugiero a los profesionistas y gente relacionada con la salud mental a continuar con investigaciones que complementen esta labor tomando en consideración lo siguiente:

1. -Es conveniente para ulteriores investigaciones la utilización de una población mayor para poder dar resultados que puedan ser generalizados.
2. -Se podría añadir otra prueba que también midiera depresión.
3. -Sería conveniente para ulteriores estudios analizar la misma población antes de la intervención quirúrgica y después de la intervención quirúrgica, es decir, un sólo grupo antes y después de la cirugía.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Bellak y Small., "Psicoterapia breve y de emergencia". Ed. Pax-Mexico 1980, Pág. 204.
- (2) Calderon N. Guillermo, "Depresión". Ed. Trillas, 1984, Pag. 12.
- (3) Calderon N. Guillermo, "Depresión" Ed. Trillas, 1984, Pag. 13.
- (4) Castillo P. Carlos, "Un estudio sobre la depresión", Ed. Peninsula, 1974, Pag. 42.
- (5) "Análisis experimental de la conducta -depresión-". Facultad de psicología UNAM, 1984. Pag. 4
- (6) "Análisis experimental de la conducta - depresión-" Facultad de psicología Unam, 1984 Pag. 4.
- (7) Castillo P. Carlos, "Un estudio sobre depresión", Ed. Peninsula, 1974, Pag. 11.
- (8) Mendels Joseph, "La depresión" Ed. Herder, 1977. Pag. 32.
- (9) Kolb C. Lawrence "Psiquiatria clínica moderna" Ed. Prensa medica mexicana. 1978, Pag. 137.
- (10) Mie, H. N.; Hull, And Cols. "Statistical package for the social sciences". Ed. Mc. graw Hill, Mexico 1975

BIBLIOGRAFIA

- AGUILAR, Gómez Maria
Angélica. Tesis: "Un estudio clínico y sociocultural de la histeria y la depresión.
UNAM. 1977.
- BUITRAGO de Kestember
Lucia. Tesis: "Implantación de un programa de intervención psicológica para el manejo de la angustia con niños sometidos a cirugía de urgencias."
UNIVERSIDAD DEL VALLE -
Cali Colombia.
- BELLAK y Small Psicoterapia breve y de emergencia.
Editorial Pax-Mexico 1980.
- CALDERON N. Guillermo Depresión.
Editorial Trillas Mexico 1984
- CASTILLO P. Carlos Un estudio sobre la depresión.
Editorial Peninsula. 1974.
- ESTRADA Maria del
Carmen Tesis: "La depresión en el adolescente con padre alcohólico."
UNAM. 1982
- FENICHEL Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis.
Editorial Paidós, 1966.
- FREUD, Anna El yo y los mecanismos de defensa.
Editorial Paidós, 1980.
- FREUD, Anna. Normalidad y patología en la niñez.
Editorial Paidós, 1971.
- FREUD, Sigmud. Obras completas. Tomo II.
Editorial Biblioteca Nueva, 1948
- GRINBERG León. Culpa y depresión.
Editorial Paidós, 1978.

Dr. Med. R. Gross
Dr. Med. P. Scholmerich

Manual de medicina interna.
Tomo I y II.
Editorial Reverté S. A. 1979

JEAMMET Ph.

Manual de psicología médica.
Editorial Masson, Barcelona.
Mexico, 1982

KOLB Lawrence

Psiquiatría clínica moderna.
Editorial La prensa médica
mexicana. 1978.

LAGANCHE Daniel
LAPLANCHE Jean

Diccionario de psicoanálisis.
Editorial Labor S. A. 1979.

LIMA G. Otto

Introducción a la medicina -
psicosomática.
Ediciones de humanidades y edu-
cación. Universidad Central de
Venezuela. Carácas 1983.

MENDELS Joseph

La depresión.
Editorial Herder. 1977

MIE, H. N; Hull,
and cols.

Statistical Package for the Social
Sciences.
Mc. Graw Hill. Mexico 1975

RICHARD. S. A

Nueva enciclopedia temática.
Panamá. 1968.

NUÑEZ Rafaél

Aplicación del inventario multifá-
sico de la personalidad (MMPI) a
la patología.
Editorial Manual Moderno. 1979

YATES Aubrey

Teoría y práctica de la terapia conductual
Editorial Trillas. Mexico 1979.

Revista Mundo Médico.
Vol. III No. 30 Marzo 1976.

Revista de la Facultad de Medicina.
Vol. XVII. año 18 No. 10 de 1975.

Revista Mundo Médico.
Agosto de 1982.

Revista Tribuna Médica.
1er No. de febrero 1980
No. 450 tomo XXXVIII No. 3

Folleto: "Análisis experimental de
la conducta - depresión-".
Facultad de psicología UNAM. 1984

Revista de salud mental.
Vol. 4 año 4 No. 4
Invierno 1981. Mexico.

Diccionario Terminológico de
ciencias médicas.
II Edición.
Editorial Salvat 1983.