

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL OAXACA

H.G.Z. 1 C/MED. FAM.

ESTUDIO INTEGRAL
DE LA
PSICONEUROSIS HISTERICA
ANALISIS DE 40 CASOS.

ASESOR: DR. JUVENTINO MUÑOZ PACHECO.- PSIQUIATRA.

INVESTIGADOR: PEDRO MORALES HERNANDEZ.- MEDICO RESIDENTE II
DE MEDICINA FAMILIAR.

TESIS CON
PUNTA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

INTRODUCCION.....	1
DEFINICION.....	3
RESEÑA HISTORICA.....	4
FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES.....	6
EL PAPEL DE LA ANGUSTIA EN LA PSICONEUROSIS HISTERICA.....	8
BASES FISIOLÓGICAS DE LA ANGUSTIA.....	9
SINTOMAS Y SIGNOS.....	12
ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS REPORTADOS EN H.G.Z. 1 C/MF OAX..	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES.....	22
COMENTARIO FINAL.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

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

La vida es una relación dinámica entre la materia viva y todo el status macrosómico que constituye el medio ambiente. Es un proceso constante de ajuste o adaptación a la variabilidad del mismo-- por parte del ser humano, y la facilidad o dificultad para lograr lo dependen primordialmente de la conformación biológica y de la personalidad del individuo. Este proceso de ajuste se inicia desde el nacimiento y sólo termina con la muerte.

Desde que el hombre ha dejado impreso el testimonio de sus vivencias, sabemos que ha experimentado un desasosiego; una inquietud, una aprehensión, una sensación de temor, incertidumbre y desamparo, una premonición de peligro que ha recibido el nombre de angustia o ansiedad. Sólo el hombre tiene conciencia de su separación del resto de la naturaleza, de su vulnerabilidad y de su finitud. Sólo él, dotado de razón se encuentra en conflicto con urgencias irracionales y tiene advertencia del sentido y de las implicaciones de sus estados psíquicos y de sus acciones. El ciclo vital humano significa a cada paso el abandono de fuentes de seguridad para internarse en lo desconocido y por ello la ANGSTIA es inseparable del proceso de crecimiento.

Las fuerzas emocionales deben considerarse siempre en la práctica de la medicina, porque la salud y la enfermedad ocurren en un organismo que, como el humano, reacciona siempre por motivaciones. Estas y los sentimientos acumulados en los plenos mentales influyen sobre su estado biológico. Todo esto significa que la salud-- mental y las enfermedades son manifestaciones ecológicas entre el

individuo y su ambiente no constituyen estados opuestos sino variaciones en grado de las mismas tendencias presentes de la personalidad individual.

La angustia, fenómeno arraigado en la naturaleza del hombre y en las condiciones de su existencia; con sus variadas manifestaciones sintomáticas, constituye uno de los problemas más frecuentes de la medicina contemporánea por ser considerada como el centro-dinámico de la Psiconeurosis Histérica. Trastorno psiquiátrico cuya inespecificidad y complejidad en su extensión clínica sindrómica es causa de importantes errores diagnósticos en la práctica médica general que condicionan iatrogenias terapéuticas; así como la cada vez mayor frecuencia de aparición en la sociedad contemporánea en que nos desenvolvemos.

Por estadísticas obtenidas de diversos medios hospitalarios, me han motivado a realizar una revisión integral de este trastorno psiquiátrico y de algunos casos diagnosticados en esta Unidad Hospitalaria a fin de obtener un concepto claro de este padecimiento y estar en posibilidades de diagnosticarlo oportuna y certeramente, poder encauzar específicamente la terapéutica y lograr resultados satisfactorios en su evolución.

Este trabajo intenta ser tan sólo una guía del problema actual -- por el que pasa la medicina moderna y en esencia, enfoca en forma panorámica las variadas presentaciones de esta patología y al mismo tiempo sea un suplemento útil aunado al estudio y la experiencia para descubrir detalles clínicos que nos hagan pensar en su existencia.

DEFINICION .

De acuerdo a los dos vocablos que la integran se logró conjuntar la siguiente definición.

PSICONEUROSIS HISTERICA.

ES LA DISPOSICION Y/O TRASTORNO DE LA CONDUCTA QUE LLEVA A UN--SUJETO A IMITAR O APARENTAR INVALIDEZES FISICAS, MAS O MENOS---INCONCIENTEMENTE COMO SIGNOS Y SINTOMAS DE UNA ENFERMEDAD CRE--YENDO OBTENER CON ELLO UN BENEFICIO PERSONAL; QUE VA DESDE LOS--GRADOS DE Poca HASTA MODERADA INTENSIDAD, EN LA CUAL LAS FUNCIO--NES DE LA COMPROBACION DE LA REALIDAD NO SE VEN GRAVEMENTE DETE--RIORADAS Y EN LA QUE EL DESAJUSTE DE LOS FENOMENOS VITALES ES = DE NATURALEZA RELATIVAMENTE LIMITADA.

Como implica la frase " más o menos inconcientemente" quizá sea difícil distinguir la Psiconeurosis Histérica de la simulación, en la cual la imitación de la enfermedad es un fraude bien apreciado. La simulación franca es rara, aunque, por la capacidad--de engañarse a sí mismos de los humanos, suele ser adecuada pa--ra persuadir a una persona de la validez de sus síntomas.

RESEÑA HISTORICA.

Remontándose a la más lejana historia de la medicina, es decir al siglo XX antes de Jesucristo, hallamos que en los papiros egipcios se encuentran descritos estados patológicos mal definidos,-- atribuidos en la época a los desplazamientos del útero en el conjunto del cuerpo de la mujer, que comprimían otros órganos y provocaban una patología tan diversa como imprevista.

Así pues, las principales características de las manifestaciones histéricas estaban ya descritas: enfermedad de la mujer en relación con la sexualidad y que provocaba trastornos proteiformes. Y de esta manera, por intermedio del griego y después del latín, se encontrará el origen de la palabra Histeria= UTERO.

Pero la primera descripción precisa se debe indudablemente a Hipócrates, pues es el quien informa de un caso de mutismo y de un caso de parálisis que entran en el marco de las manifestaciones histéricas.

Galeno rechaza la teoría tan mágica y tan fantástica de la migración uterina por el descubrimiento de casos de Histeria masculina. Viene a continuación la edad media que marca el divorcio entre la histeria y la medicina puesto que es la religión quien se encarga de la primera y de un modo enérgico. El tratamiento era entonces muy radical y es imposible llevar a cabo la cuenta de las histéricas que acabaron sus días quemadas en la hoguera.

En 1567, paracelso desencadena la vuelta de la histeria a los terrenos de la medicina, específicamente a la patología mental.

En el siglo XVII Ripois y el anatomista Willis afirman el asiento

cerebral de la histeria y confirma su existencia en el hombre. En ese mismo siglo, Sydenham afirma el caracter psicopatológico de la enfermedad y le da el nombre de hipocondria en el hombre. En 1796, Cullen introduce el término de Neurosis dentro de las cuales incluye a la histeria. En 1853, el inglés Carter, encuentra tres factores que podrían explicar la histeria:

- El temperamento del individuo.
- La situación desencadenante del ataque inicial.
- Y sobre todo, los esfuerzos hechos por el enfermo para rechazar o para ocultar las causas, y en particular las pasiones sexuales.

En 1871 Charcot al estudiar la enfermedad desde el punto de vista anatomoclínico, oficializó la histeria como entidad clínica, y describió signos permanentes de la misma: trastornos sensoriales y motores, con dolor de las zonas histerógenas.

En 1895, Freud, discípulo de Charcot publica sus estudios sobre la Histeria y junto con Breuer y Jaspers sientan las bases de los conocimientos actuales sobre la Histeria y de la personalidad histérica, que Jaspers resumiría en "la necesidad de parecer más de lo que se es".

FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES.

Los síntomas de la Psiconeurosis Histórica deben considerarse respuestas a experiencias angustiosas. Pueden ocurrir casi en todos los que afrontan peligros o dificultades, en especial si, sufren angustias intensas o prolongadas y los síntomas físicos permiten un escape factible. Las personas inmaduras, con facultades inadecuadas de introspección y control a sí mismas, producirán claramente síntomas históricos en respuesta a problemas leves con dificultades escolares o familiares. Los síntomas de Psiconeurosis -- Histórica pueden ser las primeras manifestaciones de una demencia o una psicosis depresiva o esquizofrénica; estos trastornos deben considerarse cuando un adulto bien equilibrado presenta un síntoma que se sospecha es histórico.

PERO LA PSICONEUROSI HISTERICA SUELE SER LA ALTERACION DE LA CONDUCTA DE UNA PERSONA PREDISPUESA POR UNA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Y EGOCENTRICA QUE BUSCA ATENCION. De hecho, estas características forman lo que se conoce como personalidad histórica. Aunque la Psiconeurosis Histórica puede ocurrir en otros tipos de personas, y tales características no producen invariablemente síntomas históricos. En estas personas se reconoce fácilmente su aptitud por lo dramático. Muestran la tendencia en prendas extravagantes y respuestas exageradas, incluso melodramáticas, a preguntas sobre sus síntomas. Cuando son más felices es cuando -- son el centro de atención. Karl Jaspers caracterizó a las personalidades históricas como aquellas que se mueren por aparecer, tan-

to a sí mismas como a otros, más de lo que son y por experimentar más allá de su posible capacidad. El fervor de estos pacientes -- por el dramatismo y la exageración los hace más propensos a síntomas histéricos. Pero otras clases de personas pueden también tener estos síntomas. En todas ellas, como norma general, un estado de depresión y desaliento ha sido provocado por dificultades en la vida brotan entonces las manifestaciones propias de la Psiconeurosis Histérica.

EL PAPEL DE LA ANGUSTIA EN LA PSICONEUROSIS HISTERICA

La angustia como síndrome patológico es uno de los problemas más extendidos e interesantes en el campo de la Medicina. Experimenta diversas metamorfosis y surge bajo la forma de variadas manifestaciones de reacciones neuróticas. Otras veces participa de manera predominante en la etiología de una multiplicidad de trastornos fisiológicos y somáticos. Aparece finalmente como acompañante ineludible, fatal, de la experiencia dramática de "enfermar" y -- así, amplificando o distorsionando el cuadro clínico, se enfrenta de continuo al médico, que no puede dejar de identificarla, entenderla y manejarla en su cotidiana confrontación con sus pacientes. Cuando esta experiencia íntima se presenta como reacción a una amenaza real y su magnitud es proporcional a la importancia de dicha amenaza, utilizamos el término "temor o miedo". Y en todo caso, si el síntoma es tolerable, si no interfiere seriamente con el equilibrio emocional, lo aceptamos como parte inevitable, y -- quizá deseable de la condición humana.

Pero si la angustia está fuera de proporción al peligro objetivo, si no experimenta franco alivio al reducirse o eliminarse éste, -- si es un miedo sin objeto como lo definió Pierre Janet, si da origen a modificaciones indeseables de la conducta y de la conciencia, a inhibiciones, a síntomas, a represiones, a disociaciones y otras manifestaciones de conflicto intrapsíquico, tenemos el derecho de llamarla angustia patológica. CENTRO DINAMICO DE LA PSICONEUROSIS HISTERICA.

BASES FISIOLÓGICAS DE LA ANGUSTIA.

Al tratar el tema de las bases fisiológicas de la angustia, debemos descubrir cuales son los signos físicos de este estado especial y correlacionarlos con las funciones conocidas del sistema nervioso. Aquí debemos aclarar que la fisiología ha hecho una extrapolación que pudiera ser objetada por algunos. Parece incongruente, pues, intentar establecer las bases biofísicas y bioquímicas de semejante proceso. Ahora bien, puesto que la angustia -- puede ser considerada como un estado emocional particular, la extrapolación a la que aludimos ha consistido en establecer, principalmente, las bases fisiológicas de la emoción.

Esta correlación de la emoción con la angustia se ve fortalecida por la similitud de los signos físicos que acompañan a ambos estados, siendo la única diferencia la duración y la intensidad de ellos, así como la causa o estímulo que, en uno u otro caso, provoca su aparición.

A partir de los trabajos de Cannon, quedó establecido que la emoción implica dos estados, una forma de actuar o "expresión motora" y una forma de "sentir" o conciencia de la emoción. Cannon situó al hipotálamo como la región cerebral donde se integraría la respuesta emocional.

Posteriormente Murphy y Gellhorn demostraron que la actividad de la neocorteza sufre una facilitación importante por la estimulación hipotalámica, la cual se podía lograr en diversas situaciones. Así los movimientos del músculo esquelético inducidos por es

timulación de la corteza motora, así como las descargas piramidales, eran fuertemente incrementados mediante la estimulación simultánea del hipotálamo.

Las experiencias sobre los estados de stress reforzaron la teoría hipotalámica de la emoción en el sentido de que demostraron una relación directa entre la respuesta emocional y los niveles de excreción de ACTH y de hidrocortisona en la sangre.

Posteriormente Fulton demostró que la destrucción selectiva de las áreas del neocortex del lóbulo frontal, producía un estado notable de placidez, disminuyendo la reacción de furia. Estos trabajos dieron lugar al nacimiento de la Psicocirugía con sus procedimientos de lobotomía prefrontal y transorbitaria. Quedó establecido el antagonismo entre el paleocórtex y el neocórtex en relación con la expresión y el sentimiento de la emoción.

Por otra parte y de acuerdo con los hallazgos anatómicos de Ramón y Cajal, pronto se vio que la formación reticular está a su vez controlada por fibras inhibitorias corticofugas, estableciéndose así un circuito de retroalimentación o feed-back, cortico-retículo-cortical, capaz de modular la conducta y los ciclos de sueño-vigilia.

Para el logro de una conducta adecuada de adaptación al medio, el cerebro selecciona la información que debe manejar, inhibiendo algunos impulsos aferentes y facilitando otros. Esta hipótesis tuvo una aplicación inmediata en la fisiopatología de los estados de angustia y en las neurosis de conversión o histerias.

Vemos así que a través del tiempo, las bases neurofisiológicas -

posibles de la emoción se habían ido ensanchando; restringidas en un principio al hipotálamo, se extendieron al sistema límbico y núcleos anteriores del tálamo y, más tarde, abarcaban la formación reticular mesencefálica y protuberancial; lo cual sintetizó el neuroanatomista Nauta, quien basado en un nuevo método de regeneración de las terminaciones nerviosas, comprobó las conexiones anatómicas entre el hipotálamo, el sistema límbico y la formación reticular. Los trabajos de Nauta vinieron a fijar definitivamente las bases neuroanatómicas de la emoción (Fig 1)

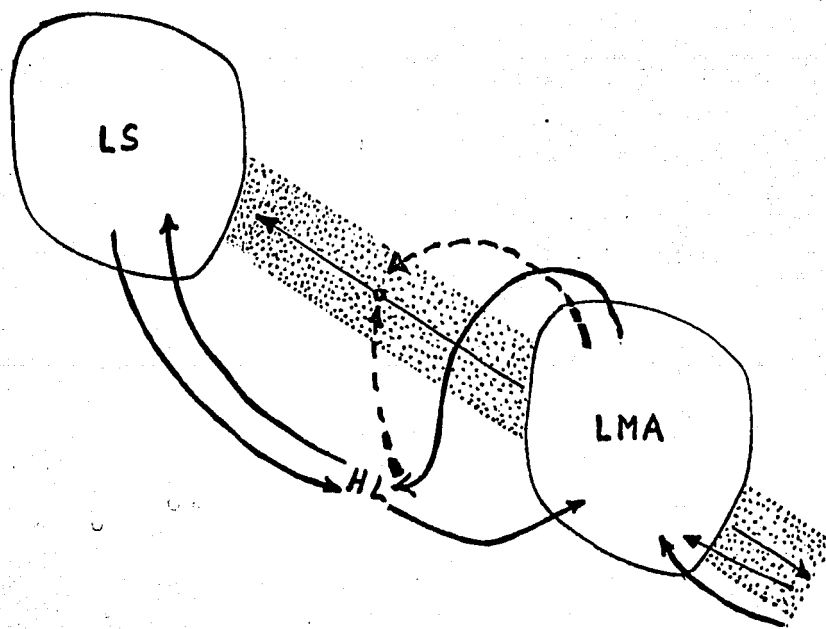


Fig 1 El hipotálamo (HL) como lugar crucial que une a las estructuras límbicas anteriores (LS) con el área límbica mesencefálica (LMA) y la formación reticular (punteado). Tomado de Nauta.

SINTOMAS Y SIGNOS.

Conviene precisar que las manifestaciones son la expresión siempre de una determinada predisposición, de una cierta forma de estado mental, aunque sólo aparezcan de manera temporal en personas que no por ello deben ser catalogadas como enfermos "neuróticos".

Generalmente, en el niño, los síntomas histéricos son banales, --transitorios y no tienen ninguna significación psicopatológica-- particular.

En el adolescente se observan igualmente numerosas manifestaciones histéricas sin repercusiones futuras, que reflejan sencillamente la crisis del desarrollo afectivo en esta etapa difícil de la formación de la personalidad.

Muchos fenómenos de cualquier enfermedad orgánica pueden ser imitados por la histeria. La precisión de la imitación depende de --la sofisticación médica del paciente.

Los síntomas histéricos comunes son trastornos subjetivos vagos-- como debilidad generalizada, vértigos, indigestión o dolor. El-- dolor en la histeria puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo pero en la cabeza y cuello, la región del corazón y torax en su-- porción inferior es particularmente frecuente, puede ser sordo,-- agudo o punzante y propagarse en formas caprichosas, hacia áreas contiguas sin límites neuroanatómicos y suele variar de carácter intensidad y distribución cambiando notablemente con la atención.

o sugestión.

Aunque en la Psiconeurosis histérica lo usual son síntomas vagos de tipo subjetivo como dolor o vértigos, se ven todavía síntomas importantes e intensos caracterizados por trastornos de la sensibilidad y la motricidad, así como de tipo sensorial en donde no se detecta causa orgánica alguna. Los pacientes se presentan como "falsos paralíticos", "falsos ciegos" o aquejados de falsos trastornos del equilibrio no compatibles con los esquemas neurofisiológicos.

En otras ocasiones hay trastornos de conciencia que pueden ir desde la simple pérdida del conocimiento hasta perturbaciones de varias horas de duración del tipo de falsa confusión mental, pasando por crisis nerviosas de diversas formas; en todas estas manifestaciones parece estar perturbada la conciencia de vigilia del sujeto. Sin embargo, a diferencia de los padecimientos psicóticos la capacidad de insight general, permanece más o menos intacta, no hay manifestaciones de alucinaciones, ideas delirantes, perturbaciones del pensamiento lógico, o incapacidad para apreciar la realidad de una situación dada. Los modales del paciente son afebles e inclusive agradables. La descripción de los síntomas tiende a ser espectacular y exagerada y no está necesariamente acorde con los hechos relatados por otros miembros de la familia; en otros casos, sin embargo, puede manifestarse una reacción emocional más bien casual. La paciente suele insistir en que todo en su vida es perfectamente normal y sereno, lo que obviamente es falso pues de hecho en su historia médica se encuentran trastornos caracterizados por comportamiento dramático y enfermedad sin causa-

definida. Esta actitud de calma frente a una enfermedad turbulenta es tan común, que por sí sola constituye una característica importante que se conoce como LA BELLE INDIFFERENCE. No obstante otras pacientes se encuentran tensas y con ansiedad, habiéndose descrito francos ataques en muchas de ellas. Inclusive, cualquier intento de demostrar que los síntomas no son de tipo somático les pueda -- provocar ansiedad y protesta espectacular. Los trastornos de la memoria suelen descubrirse mientras se elabora la historia clínica, ya que el paciente olvida partes importantes de su historia, particularmente las relacionadas con el desarrollo de sus síntomas (Lindemann).

LA PRICONEUROSIS HISTERICA MASCULINA. La sintomatología se presenta en el hombre de una manera comparable.

Las grandes crisis descritas por Charcot no existen generalmente en el hombre y son sustituidas por accesos de cólera clásticos o no, e los cuales sucede una relajación de la tensión. Estos trastornos del carácter pueden constituir la única sintomatología. Los demás síntomas existen como en la historia femenina aunque los accidentes sean más e menudo monosintomáticas y las somatizaciones tomarán casi siempre el aspecto de una sintomatología hipochondriaca en la cual el corazón es el órgano blanco de la organización ansiosa. Se encuentra un predominio de los trastornos motores, mientras que los trastornos sensitivos son más frecuentes en la mujer.

Son individuos que utilizan un papel de dependencia pasiva que --- prueba su inmadurez e incapacidad para asumir una vida social competitiva.

ANALISIS DE CASOS CLINICOS REPORTADOS EN EL H.G.Z. 1 C/MF OAXACA

Con la obtención de un concepto básico de las implicaciones que comprende la Psiconeurosis Histérica, se procedió a captar pacientes a nivel institucional con manifestaciones características específicas de sugerencia diagnóstica, con la finalidad de realizar un análisis exhaustivo de interrelación y frecuencia bajo el método de estadística y resultados comparativos y que a continuación enunciamos.

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

Se estudiaron 40 pacientes de abril a diciembre de 1962 atendidos en los Servicios de: Urgencias, consulta externa de Medicina Familiar y consulta externa de Psiquiatría con Dx's. emitidos de Psiconeurosis Histérica, basados en la Historia Clínica y el estudio cuidadoso de los modales y actitud del paciente que orientaron a detectar atributos de carácter psiconeurótico y corroborado por un examen del estado físico y mental que descartó totalmente patología orgánica causal.

La investigación se llevó a cabo retrospectivamente en 27 pacientes a través de datos obtenidos del expediente clínico, y 13 en forma directa por interrogatorio y exploración en los Servicios referidos y/o por entrevista subsiguiente. Al final, fueron excluidos 5 pacientes debido a la dificultad de evaluación objetiva (extravió del expediente o falta de cooperación del paciente. Estudiándose por lo tanto, íntegramente 35 en total.

Los datos para muestreo fueron recopilados en una libreta específica de concentración.

RESULTADOS .

La incidencia de los pacientes varió de 14 a 56 años con un rango de 42, distribuidos por sexo y edad según tabla 1 (adjunta).-

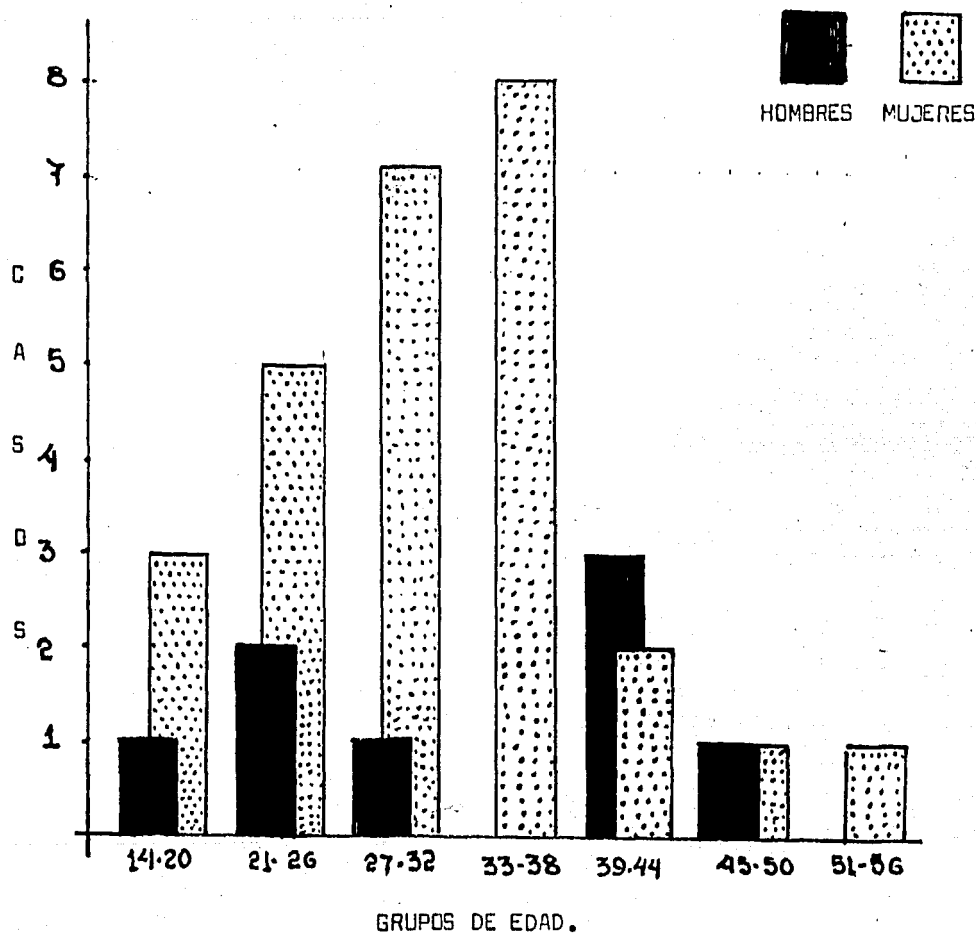
Gráfica 1

TABLA No. 1

GRUPOS DE EDAD	SEXO FEM.	%	SEXO MASC.	%
14 a 20 años	3	8.5	1	2.8
21 " 26 "	5	14.2	2	5.7
27 " 32 "	7	20.0	1	2.8
33 " 38 "	8	22.8	--	---
39 " 44 "	2	5.7	3	8.5
45 " 50 "	1	2.8	1	2.8
51 " 56 "	1	2.8	--	---
T O T A L E S	27	77.1	8	22.8

El índice de presentación fue proporcionalmente mayor 3 a 1 en las mujeres, denotándose igualdad en la etapa pre-senil.

GRAFICA 1.



LA FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO ES MARCADO, CON PREDOMINIO -
 ENTRE LAS EDADES DE 21 A 38 AÑOS

Los síntomas de presentación en orden descendente de frecuencia en los 35 casos estudiados fueron:

- 1.- Cefalea
- 2.- Dolor Torácico.
- 3.- Disminución de la agudeza visual
- 4.- Dolor Abdominal
- 5.- Disnea.
- 6.- Palpitaciones.
- 7.- Bolo aríngeo.
- 8.- Mareos.
- 9.- Crisis de Ansiedad.
- 10.- Llanto Fácil.
- 11.- Anorexia.
- 12.- Nauseas y Vómitos.
- 13.- Parestesias.
- 14.- Disfunción Sexual
- 15.- Dispareunia.

Los factores desencadenantes se redujeron a dos básicos (Problemas Conyugales y Económicos) con un alto porcentaje de frecuencia, y de menor importancia los relacionados con la escolaridad y disfunciones sociales (Varios). (Tabla No. 2).

FACTORES DESENCADENANTES (Tabla 2.).

PROBLEMAS CONYUGALES	27 CASOS	77.1%
PROBLEMAS ECONOMICOS	5 CASOS	14.2%
VARIOS	3 CASOS	8.5%

Fue determinante el estado civil presentándose el mayor número de casos (20) en los casados lo cual corrobora lo mencionado en el punto anterior.

ESTADO CIVIL. (Tabla 3).

	MUJERES	%	HOMBRES	%
SOLTERA(O)	6	22.2	2	25.0
CASADA (O)	15	55.5	5	62.5
VIUDA (O)	2	7.4	-	----
DIVORCIADA(O)	4	14.8	1	2.5

En relación al grado de escolaridad, reflejo del Status Sociocultural; se vió en el sexo femenino un incremento de aparición en las que contaban con un nivel educacional medio alto; no así en el hombre en que las condiciones de baja cultura es frecuente.

Tabla (4).

GRADO DE ESCOLARIDAD. Tabla (4)

	MUJERES	%	HOMBRES	%
PRIMARIA	4	14.8	5	62.5
SECUNDARIA TECNICA Y/O COMERCIAL	14	51.8	2	25.0
PROFESIONAL	9	33.3	1	12.5

En cuanto a la ocupación se relaciona la mayor frecuencia porcentual en las mujeres que se dedican a las labores del hogar y posteriormente en los que prestan sus servicios como empleados (ambos sexos). Tabla (5).

OCUPACION. Tabla (5).

	MUJERES	%	HOMBRES	%
ESTUDIANTE	2	7.4	1	12.5
LAB. HOGAR	16	59.2	-	----
EMPLEADA(O)	7	25.9	4	50.0
TRAB. PROP.	2	7.4	3	37.5

De los casos estudiados, 4 (del sexo femenino) requirieron tratamiento psiquiátrico intrahospitalario por la severidad de los síntomas, 2 de los cuales con características clásicas de La Belle Indifference. La remitencia varió de dos días a dos--semanas con recurrencia variable en 2 casos que ameritaron control periódico en la C.E. de Psiquiatría.

CONCLUSIONES.

- 1.- La Paiconcurosis Histérica es un trastorno de la conducta de carácter polisintomático y de múltiples y variadas formas de presentación; sin alteraciones orgánicas demostrables. Que da origen a confusiones diagnósticas frecuentes en la práctica médica diaria institucional. Lo que implica tener presente con el fin de evitar pérdida de tiempo y recursos valiables que no deroguen beneficios en la terapéutica instituida al paciente.
- 2.- Por lo anterior, es necesario llevar a cabo estudios familiares integrales que nos permitan conocer el Modus Vivendi de nuestros pacientes y estar así en condiciones de detectar los factores predisponentes que puedan dar cabida a la aparición de este padecimiento y lograr su prevención oportuna.
- 3.- Los factores desencadenantes se encuentran plenamente identificados, siendo los de mayor importancia la incompatibilidad conyugal y las repercusiones económicas familiares.
- 4.- Se corroboró su mayor incidencia en el sexo femenino 3a 1 con relación a los hombres y con predominio en la 2a y 3a décadas de la vida, siendo el factor predisponente una --

personalidad lábil con carácter débil que conlleva a sí mismo a una derrota psicológica de imposibilidad para enfrentar los problemas que la vida y la sociedad imponen.

5.- Las repercusiones biopsicosociales son de importancia sólo cuando hay recurrencia y cronicidad del padecimiento por el peligro de deaquiciamiento en mayor o menor grado de la familia, pérdida de los valores dignificantes individuales y rechazo de la sociedad misma, con todas sus agravantes.

6.- El diagnóstico de este trastorno debe hacerse básicamente por exclusión, y aunque no es fácil por sus síntomas vagos y variables debemos apoyarnos en tres hechos principales: 1o. La forma de la manifestación histérica. 2o. La personalidad del paciente y 3o. El ambiente en que se presentan los síntomas complementados por una historia clínica completa informativa (obtenida del paciente mismo y de sus familiares), así como de un examen del estado físico y mental que descarte totalmente patología orgánica.

7.- En cuanto a la evolución del padecimiento, por norma general es benigno y con un pronóstico favorable, de tal manera que las recurrencias no son muy frecuentes y las

que suceden, llegan a remitir totalmente a base de psicoterapia individual y familiar en lapsos de tiempo más o menos cortos.

8.- El tratamiento varía de lo más simple a lo más sofisticado y aunque no es tema de este trabajo dar una proyección amplia al respecto, es necesario asentar que por mantener es íntegramente la capacidad de discernimiento en este --- trastorno, pocas veces se utilizan otros medios secundarios de la PSICOTERAPIA.

COMENTARIO FINAL

Aquí pues, se encuentra establecido un funcionamiento psíquico cuya organización se deriva de una estructura interna carencial que tiende a ocultar y a mitigar los procesos de sobrecompensación.

Es en definitiva, la historia propia del sujeto concreto la única que puede aportar elementos de apreciación. Es la que produce la elección de la Psiconeurosis, su expresión sintomática y sus bases estructurales, su equilibrio funcional o su fracaso existencial. La historia marca las posibilidades de compensación y de adecuación, condiciona el juego de este modo de relación ambivalente y el sentido profundo de las cuestiones que lleva a la escena, cuestiones frente a las cuales la medicina tradicional permanece muda y que implican al médico más bien como un interlocutor que como un especialista, -- dándole a su función social una nueva dimensión. Y que por otra parte nos incita a la reflexión sobre los avatares de este contrato social que la Psiconeurosis Histórica, planteado-- ra de enigmas, no cesa de interrogar.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Blanchard, E. y Hersen. M.: Behavioral treatment of Hysterical Neurosis: Symptom substitution an Symptom return reconsidered. *Psychiatry*.39: 118, 1976.
- 2.- Brink, T. y Yesavage, J.: Differentiatción of conversion hypochondriacal, psychophysiologic, and related disorders. *Post graduate Medicine*. 72: 189, 1982.
- 3.- Campillo, S.C.: Avances de la Psiquiatría Clínica. *Gaceta--Med. Mex.*, 117: 187, 1981.
- 4.- Caplan, L. y Nadelson, T.: A Common Form of Conversion Hysteria. *Arch. Intern Med.*, 140: 185, 1980.
- 5.- Conn, W., Rakel, R. y Johnson, T.: *Medicina Familiar*. Edit.-Interamericana. 1a. Ed. 1974, pag. 228.
- 6.- De la Fuente, R.: Angustia Normal y Angustia Patológica. -- *Rev. Fac. Med.*, 22: 11, 1979.
- 7.- Gellhorn, E.: The Neurophysiological Basis of Anxiety; a Hypothesis. *Pers. Biol. Med.*, 8: 488, 1965.
- 8.- Harrison, B., Wintrobe, T. y Adams B.: *Medicina Interna*. - *La Prensa Médica Mex*. 4ta. Ed 1974, pag. 2084.
- 9.- Hofling, Ch.: *Tratado de Psiquiatría*. Edit. Interamericana. 2a. Ed. 1974, pag. 305.
- 10.- Horney, K.: *La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo*. -- Edit. Paidós. 1a. Ed. 1981, pag. 69
- 11.- Lawrence, C. y Kolb, M.: *The Neuroses*. Modern Clinical Psychiatry. Edit Saunders. Eight Edition., 1979, pag. 412.
- 12.- Nieto, D.: *Historia de la Psiquiatría*. *Rev. Hosp. Psiquiat. Hab.*, 16: 22, 1975.
- 13.- *Praxis Médica*.: *Clínica y Terapéutica: Neurología y Psiquiatría*. Edit. Latinoamericana. VII, 7.900
- 14.- Nish, J.: Malingering and Hysteria. *The Lancet.*, 21: 139, - 1979.