

**ESTUDIO DE LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA HISTERIA
SEGUN LA POBLACION DE ORIGEN DE LOS INGRESOS
DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO MUNICIPAL
DE URGENCIAS DE BARCELONA ***

RICARDO PONS BARTRAN

(Académico Correspondiente Nacional y Médico de Instituciones Nosocomiales)

y ALFONSO SANZ CID

(Médico Residente del Instituto del Ayuntamiento de Barcelona)

Barcelona es una urbe con fuerte corriente inmigratoria procedente del despoblamiento de zonas rurales hacia una zona urbana.

Este hecho facilita que los esfuerzos que ingresan en los hospitales psiquiátricos urbanos presenten diferencias patoplásticas como resultado de las acusadas influencias culturales propias de la región geográfica de donde proceden.

Es casi unánime la opinión de que la histeria no es una enfermedad hereditaria, ni endógena, sino adquirida en el medio donde se ha desarrollado o formado la personalidad y según el ambiente puede cambiar la frecuencia y el tipo de enfermedad. La histeria tradicional en la que abundan reacciones de conversión, reflejos de inmovilización o tempestad de movimientos y

dramatización de las reacciones con patomimia e ideoplasia se ha hecho menos frecuente y, en cambio, la histeria actual se ha vuelto más discreta en sus expresiones y manifiesta en forma de conductas anómalas.

Hemos llevado a cabo un estudio de las historias clínicas del Instituto Psiquiátrico Municipal de Urgencias de Barcelona al objeto de intentar comprobar, en nuestro medio, si hay diferencias geográficas entre los enfermos de histeria, basados en los datos referidos a los accidentes agudos que ingresan en la Institución.

Después de un primer estudio piloto, hemos procedido al análisis de 5.252 historias clínicas de los ingresos del Instituto Psiquiátrico Municipal en los años 1967 y 1968. En un primer cribado separamos 350 his-

* Sesión del día 26 - IV - 77

torias que tenían alguno de los siguientes diagnósticos: reacción, vivencia anormal, tentativa de suicidio, reacción de situación, reacción psíquica anormal, neurosis institucional, reacción psicopática, patomimia, psicosis reactiva, psicosis inducida, hospitalismo, histerismo, reacción psicógena, neurosis histérica, pitiatismo, psicopatía, personalidad psipática, histerio, crisis psicógena, crisis psicogenética, reacción histérica, amnesia histérica, crisis histérica, reacción pitiática y algunos casos de alcoholismo agudo e intoxicación no fortuita.

Los aludidos diagnósticos fueron suscritos por los medios de la Institución sin la aplicación de ninguna nomenclatura previamente acordada y refleja la opinión médica con matices personales y ausencia de sistematización. Las 350 historias fueron leídas y, como resultado de su revisión, fueron eliminadas gran número de ellas hasta reducir la muestra de presuntas «histerias» a un total de 206.

Esta reducción de la muestra se impuso al homologar la muestra bajo un criterio operativo al que asignamos arbitrariamente las tres características siguientes: ficción, intención, dramatización. Siempre que en alguna de las historias clínicas examinadas, por lo que allí se describía, se trataba de un enfermo psicógeno con tendencia a la ficción, que su reacción era intencional o finalista y que exageraba teatralmente la situación lo incluimos en el

grupo de «histeria». También se hizo una subdivisión en formas clínicas que se verá más adelante.

Los datos obtenidos se anotaron en una hoja registro que se elaboró tras varios ensayos, guiados por el Laboratorio de Cálculo de la Universidad de Barcelona. El programa se realizó en lenguaje PL/1 (dos Optimising Compiles) en un ordenador IBM 360.

Los apartados en los que se exponen ordenadamente los resultados de los cálculos hechos son los siguientes:

A) *Datos clínicos generales.*—Número, frecuencia, edad, sexo, estado civil, forma de ingreso, salida, días de estancia, diagnósticos y tratamientos.

B) *Influencias geográficas.*—Distancia en kilómetros desde la población donde han nacido a la capital de provincia, cifra de habitantes de la población donde han nacido y lugar de nacimiento, agrupados en provincias o grupos de provincias, según la importancia.

A) DATOS CLINICOS GENERALES

A.1. *Número y frecuencia.*—El número total de enfermos ingresados en la institución desde el 1 de enero de 1967 hasta el día 31 de diciembre de 1968 fue de 5.252 de entre los cuales hemos detectado 206

casos de «histeria», lo que representa el 3,9 % del total.

A.2. *Edad.* — La edad promedio de la muestra de «histeria» es de 29 años. La edad media de los pacientes que constituyen el total de ingresos del Instituto es de 40,9 años, y aún sería más alta si se admitiesen enfermos no urgentes, como es el caso de personas de edad tributarias de otras instituciones.

A.3. *Sexo.* — El porcentaje es de 33,00 % de varones y 67,00 de hembras. Se comprueba, como es clá-

sico, una mayor proporción de sexo femenino.

A.4. *Estado civil.* — Hay un 44,17 por 100 de casados, un 46,60 % de solteros, un 2,91 % de viudos, un 2,91 % de separados, y otros un 1,45 %.

A.5. *Forma de ingreso.* — Hemos comparado las cifras de ingresos, según el lugar de procedencia, entre los histéricos y los enfermos totales de la institución y se objetivan datos muy discrepantes y de cierto interés.

Carácter	Históricos		Enfermos totales Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	
Casa de socorro			
(Dispensario Municipal)	116	56,31	33,95
Domicilio	9	4,36	
Policía	12	5,82	8
Hospital San Pablo	11	5,33	60,67
Residencia S. Social	31	15,04	
Cl. Psiq. Universitaria	3	1,45	
Otros hosp. generales	25	12,13	88
Orden Judicial.	0	0,00	0,5

Es evidente la desproporción de ingresos de enfermos histéricos procedentes de los hospitales generales.

Solamente hemos contabilizado un reingreso, en tanto que en los enfer-

mos totales el porcentaje de reingresos se eleva al 55 % anual.

A.6. *Tipo de salida.* — El reparto de los casos fue como sigue:

Carácter	Frecuencia	Porcentaje
Alta	92	44,46
Permiso	21	10,19
Alta a pet. familiar	72	34,95
Policía	21	10,19

No exponemos las cifras exactas referentes a los enfermos totales por resultar superfluo. De la comparación resulta que está muy aumentando el número de enfermos que salen con alta a petición familiar.

A.7. *Días de estancia.* — El 64,06 por 100 de enfermos están menos de cinco días, otro 14,56 % de casos están entre 6 y 10 días; el porcentaje de días de estancia va descendiendo a medida que transcurren días. Ningún enfermo ha estado más de un mes.

Las cifras precedentes son análogas a las que se da en el contexto total de enfermos, pues hay una elevada proporción de alcoholismos agudos que ingresan por muy pocos días. Los enfermos histéricos con menos días de estancia son los que salen con alta a petición familiar.

A.8. *Diagnósticos.* — Tras ensayar varias distribuciones diagnósticas, hemos optado por la siguiente:

Diagnóstico primario	Frecuencia	Porcentaje
a) Diagnóstico conversión neurológica	10	4,85
b) Síntomas viscerales	7	3,39
c) Síndromes paroxísticos	81	39,32
d) Trastornos psíquicos episódicos	34	16,50
e) Conductas anormales	21	10,50
f) Trastornos psíquicos permanentes	5	2,42
g) Tentativas de suicidio	47	22,81
h) Otros	0	0,00

Diagnósticos secundarios	Frecuencia	Porcentaje
i) Alcoholismo	13	6,31
j) Inferioridades físicas	5	2,42
k) Infancia perturbada	13	6,31
l) Personalidad psicopática	27	13,10
m) Otras enfermedades	17	8,25
n) Motivos	68	33,00
o) Agresiones	1	0,48
p) Otros	6	2,91

Los síndromes más frecuentes, por su urgencia, son los paroxísticos, crisis de gran mal histéricos o estupores psicógenos muy aparatosos que alternan unos con otros. Los médicos de la institución no encuentran dificultades en su diagnóstico y las dudas suelen esclarecerse por la evolución.

Entre las tentativas de suicidio han sido eliminadas aquellas que correspondían a enfermos psicóticos y hemos intentado también no incluir aquellos que evidenciaron una seria intención de morir.

La falta de consistencia de estos diagnósticos primarios y secundarios, la dificultad para establecer las variedades clínicas en el momento del estudio porque no constaban en las historias clínicas y, por último, también, el que se ha tenido que establecer la muestra a partir de diversas etiquetas diagnósticas dife-

rentes a las del estudio hablan elocuentemente de la falta de definición y precisión de lo histérico.

Aprovechando los diagnósticos más frecuentes se han elaborado unas tablas de contingencia buscando si existe dependencia entre los diagnósticos primarios «c» (síntomas paroxísticos) y «g» (tentativas de suicidio) y los secundarios «l» (personalidad psicopática) y «n» (motivos). La intención que nos guiaba era indagar si los síntomas paroxísticos eran más motivados y si las tentativas de suicidio eran más psicopáticas.

Los resultados de los cálculos son los siguientes:

Hemos formado las particiones:

- «c», «g» y «resto de pacientes».
- «l», «n» y «resto de pacientes».

La tabla de contingencia obtenida es:

	Síntomas paroxísticos	Tentativas suicidio	Festo	TOTAL
Personalidad psicopática	7	14	6	27
Motivos	33	13	22	68
Resto	41	20	50	111
TOTAL	81	47	78	206

Como vemos, no presenta ninguna dificultad para aplicar el test.

Calculado el valor (&) éste es igual a 1,5859.

Estamos trabajando con $(3-1) \times$

$\times (3-1) = 4$ grados de libertad. Si tomamos un nivel de significación del 5 %, en la tabla de distribución ji-cuadrado le corresponde un valor de: 9,488.

Como 1,5859 es menor que 9,488 decimos que *no tenemos razones para rechazar la hipótesis de dependencia*: a un nivel del 5 % debemos aceptar que los motivos y la personalidad psicopática son independientes de los síntomas paraxísticos y de las tentativas de suicidio. (Y lo hacemos con una probabilidad de acertar considerablemente, pues incluso a un nivel de significación del 50 % daría que *no* son significativamente dependientes.)

A.9. *Tratamientos.*— La psicoterapia es orientada por cada médico según sus preferencias personales. En las historias no consta qué psicoterapia se ha seguido. Dado que la estancia de los pacientes es muy breve y no suelen seguir tratamiento ulterior,

la psicoterapia no puede embarcarse en tratamientos que intenten producir cambios profundos en la personalidad. Por lo que hacemos y vemos hacer en la institución, o bien se emplean técnicas sugestivas, o más bien se toma una actitud de neutralidad ligeramente frustradora que facilite un «insight» por el propio paciente y evitando «desenmascararle». Esta conducta junto con el aislamiento suele bastar para superar el accidente. Por estos mismos hechos interesa no prolongar la estancia institucional que compromete al médico a participar en el conflicto y verse ligado a la concesión o privación de la libertad del enfermo.

El resto de los tratamientos se expone a continuación:

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Carácter	Frecuencia	Porcentaje
Sin medicamento	116	56,31
Una sola dosis de sedante	38	18,44
Psicofármacos varios	33	16,01
Otros (antibióticos, analgésicos, etc.)	18	8,73

La no administración de medicamentos contribuye psicoterápicamente a la neutralidad contemplativa del médico. Los pacientes del grupo «una sola dosis de sedante» suele propinárseles una inyección de cualquier diazepina al ingreso, como tratamiento de la agitación.

B) INFLUENCIAS GEOGRAFICAS

La intención que nos guiaba al hacer el estudio geográfico era objetivar si existía una relación entre la histeria y el aislamiento cultural o social. Para ello, buscamos un cri-

terio objetivo que fue considerado como bastante aceptable por los técnicos del Laboratorio de Cálculo y estos criterios fueron:

B.1. *Distancia en kilómetros* que hay entre el municipio donde nació el enfermo y la capital de provincia más próxima. Pensábamos que a mayor distancia mayor aislamiento social y geográfico.

B.2. *Número de habitantes* de la población donde nació. Se tomaron como cifras las que constaban en

el año 1952 que es un año próximo a la infancia de los probandos.

Los expertos del Laboratorio de cálculo indicaron que tanto los datos del apartado B.1 como el B.2 no eran concluyentes y que el procedimiento, si bien al principio parecía ser interesante a la vista de los resultados no lo eran.

B.3. *Naturaleza*.—Se han clasificado los pacientes según el lugar de nacimiento agrupados en regiones más o menos amplias. Veamos a continuación los resultados:

Carácter	NATURALEZA		Tanto por ciento enfermos totales
	Frecuencia	Porcentaje	
Cataluña	56	27,18	25
Galicia - León	10	4,85	3
Valencia	4	1,94	3
Murcia	10	4,85	4
Andalucía oriental	37	17,96	28
Andalucía occidental	37	17,96	28
Extremadura	15	7,28	4
Castilla la Nueva	9	4,32	5
Castilla la Vieja	6	2,91	4
Asturias	0	0,00	0,76
Aragón	8	3,88	1
Vasco - Navarra	5	2,42	1
Extranjeros	7	3,39	6

Las mayores discrepancias se dan entre los grupos de base estadística más exigua y no pueden extraerse inferencias. En el Laboratorio de Cálculo nos señalan que si, en vez de comparar con los enfermos totales de la Institución, se comparan con la población general no es de esperar alguna predilección geográ-

fica pues las corrientes migratorias son muy parecidas.

Seguidamente se han practicado una serie de tablas de contingencia para determinar si alguna forma clínica predomina en ciertas áreas geográficas. Las operaciones se han desarrollado en la forma que se refleja acto seguido.

Primero hemos comparado los diagnósticos primarios «c» (síntomas paroxísticos) y «g» (tentativas de suicidio) con las provincias de origen.

Hemos establecido dos particiones:

- 1) Por una parte los sucesos: «Pacientes que presentan el caracter «c», pacientes que

presentan el caracter «g», y pacientes que no presentan ninguno de los dos caracteres (resto).

- 2) Por otra parte, el conjunto de los pacientes partido según la región de origen (quince regiones) (total).

Encontramos la siguiente tabla:

	«C»	«g»	Resto	TOTAL
Cataluña	15	17	25	56
Galicia - León	3	3	4	10
Valencia	0	0	4	4
Murcia	4	2	4	10
Andalucía oriental	19	8	10	37
Andalucía occidental	24	5	8	37
Extremadura	5	3	7	15
Castilla la Nueva	3	3	3	9
Castilla la Vieja	3	0	3	6
Asturias	0	0	0	0
Aragón	2	2	4	8
Vasco - Navarra	0	1	4	5
Territorio no peninsular	0	0	0	0
Extranjeros	2	3	2	7
No consta	2	0	0	2
TOTAL	81	47	78	206

Observaciones: Algunas de las frecuencias de intersección son nulas o menores de cinco. Para poder aplicar las «tablas de contingencia» correctamente es necesario que todas las frecuencias sean mayores o iguales que cinco. Por tanto, debido a que la muestra resulta demasiado pequeña no estamos en condiciones

de aplicarlo para comparar la independencia o no de los sucesos de las dos particiones.

Para subsanar esta dificultad hemos agrupado todos los sucesos que no sean «Cataluña» en uno solo al que podemos llamar, por ejemplo, «emigrantes» y en este caso nos queda la siguiente tabla:

	«C»	«g»	Resto	TOTAL
Cataluña	14	17	25	56
Emigrantes	67	30	52	150
TOTAL	81	47	78	206

En estas condiciones podemos aplicar el test: tenemos una partición con tres sucesos y otra con dos, por lo tanto, trabajamos con $(3-1) \times (2-1) = 2$ grados de libertad.

Si cogemos un nivel de significación del 5 %, en las tablas, para dos grados de libertad encontramos un valor de 5.991.

El valor de la expresión de (&) en este caso es 6.5071.

Como 6.5071 es mayor que 5.991 podemos rechazar la hipótesis de independencia, es decir: *podemos afirmar que los diagnósticos primarios «síntomas paroxísticos» y «tentativas de suicidio» son significativamente dependientes de «proceder de Cataluña» y «ser emigrante».*

Podemos preguntarnos en qué sentido son dependientes. Si estimamos las frecuencias relativas de los sujetos «c» y «g» de manera absoluta o restringiéndonos al conjunto de los emigrantes y al de los de Cataluña, obtenemos los siguientes resultados:

Frecuencia de «c» (síntomas paroxísticos) = $81/205 = 0,39$.

Frecuencia de «c» (condicionado a emigrante) = $67/149 = 0,44$.

Frecuencia de «c» (condicionado a Cataluña) = $14/56 = 0,25$.

Como se puede ver, *el hecho de ser emigrante condiciona el suceso «síntomas paroxísticos» aumentando su probabilidad; en cambio el ser de Cataluña disminuye sensiblemente ésta.*

Frecuencia de «g» (tentativas de suicidio) = $47/206 = 0,22$.

Frecuencia de «g» (condicionado a emigrante) = $30/149 = 0,20$.

Frecuencia de «g» (condicionado a Cataluña) = $14/56 = 0,30$.

En este caso vemos que *el hecho de ser emigrante prácticamente no modifica la probabilidad de «tentativas de suicidio», en cambio en los pacientes de Cataluña se incrementa.*

A continuación hemos practicado nuevas tablas de contingencia restringiendo el área geográfica, intentando delimitar una zona donde pueda predominar cierta variedad clínica, estudiando aquellas divisiones del espacio geográfico que da mayor número de pacientes.

El resultado de la comparación de las particiones: («síntomas paroxísticos», «tentativas de suicidio», «resto») y («Cataluña», «Andalucía oriental», Andalucía occidental», «resto») se presenta en la siguiente tabla de contingencia:

	paroxísticos	suicidas	Resto	TOTAL
Cataluña	14	17	25	56
Andalucía oriental	19	8	10	37
Andalucía occidental	24	5	8	37
Resto	24	17	35	76
TOTAL	81	47	78	206

Tomando un nivel de significación del 5 % y considerando que tenemos $(3 - 1) \times (4 - 1) = 6$ grados de libertad, el valor hallado en la tabla de ji-cuadrado es: 12.592.

Como el valor de la expresión (&) es igual a: 20.161213, es decir, es mayor que 12.592, podemos afirmar que ambas particiones son dependientes: *existe una dependencia entre los síntomas paroxísticos, las tentativas de suicidio y la procedencia de Cataluña, Andalucía Oriental y Andalucía Occidental.*

La probabilidad (se estima) de «síntomas paroxísticos» es de 0,39 (como se vió antes).

La probabilidad («síntomas paroxísticos» condicionada a Andalucía Oriental) = 0,51. Es decir, aumenta considerablemente.

La probabilidad («síntomas paroxísticos» condicionada a Andalucía Occidental) = 0,64. O sea, aun es mayor.

La probabilidad («tentativas de suicidio») = 0,22.

Mientras que la probabilidad («tentativas de suicidio» condicionada a Andalucía Oriental) = 0,23, y la probabilidad («tentativas de suicidio» condicionada a Andalucía Occidental) = 0,12.

Se observa pues, una considerable diferencia entre ambas Andalucías.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En 1777, LASSÉGE afirmó rotundamente: «La histeria no ha sida defi-

nida, ni lo será nunca», por ahora, parece que la profecía se cumple. Y a pesar de ello, existe una opinión entre los médicos, neurólogos y psiquiatras sobre lo que llamamos histeria.

En este estudio hemos utilizado el criterio operativo «ficción - intención - dramatización». Bajo dicho criterio, destacan estos pacientes por unos rasgos que hacen suponer que esta opinión de los médicos ha de tener cierta consistencia.

En los cálculos hemos encontrado ciertas diferencias con los enfermos totales del hospital donde hemos hecho el estudio. Estos hallazgos son:

- Predominio en enfermos jóvenes.
- Predominio en el sexo femenino.
- Los enfermos ingresan, en discrepancia con lo que se observa en el conjunto total de enfermos, procedentes de hospitales generales.
- Salen con alta a petición familiar en proporción muy superior a lo que ocurre en el resto de los enfermos.
- La estancia hospitalaria es menor de cinco días en la mayoría de los enfermos.
- El tratamiento fue expectante o una sola inyección de sedantes al ingreso y se recuperan con el aislamiento socio-familiar y una psicoterapia basada en una actitud de neutralidad

contemplativa ligeramente frustradora.

- No reingresan.
- Clínicamente presentan cuadros agudos de conversión neurológica, síntomas viscerales funcionales, síndromes paroxísticos, tentativas de suicidio, conductas teatrales que no ofrecen dificultad diagnóstica.

Este grupo de pacientes ha sido objeto de unas estadísticas acerca de su distribución geográfica en España, y se ha comprobado

- En conjunto, no se ha apreciado un predominio de distribución en ciertas áreas geográficas de la Península.

- En cambio al hacer el estudio separando variedades clínicas destaca que la forma de «crisis paroxística» es más frecuente estadísticamente dependiente en Andalucía Occidental y la forma «tentativas de suicidio» lo es en Cataluña.

Estos hallazgos coincidirán con la opinión de psiquiatras locales en el sentido de que Andalucía Occidental presenta una patoplastia especial de la patología psíquica («Patoplastia regional de las enfermedades psiquiátricas en Andalucía» P. GERTOR, Sevilla Médica, Agosto, 1972). También es bien sabido que el suicidio es más frecuente en Cataluña que en el resto de España.