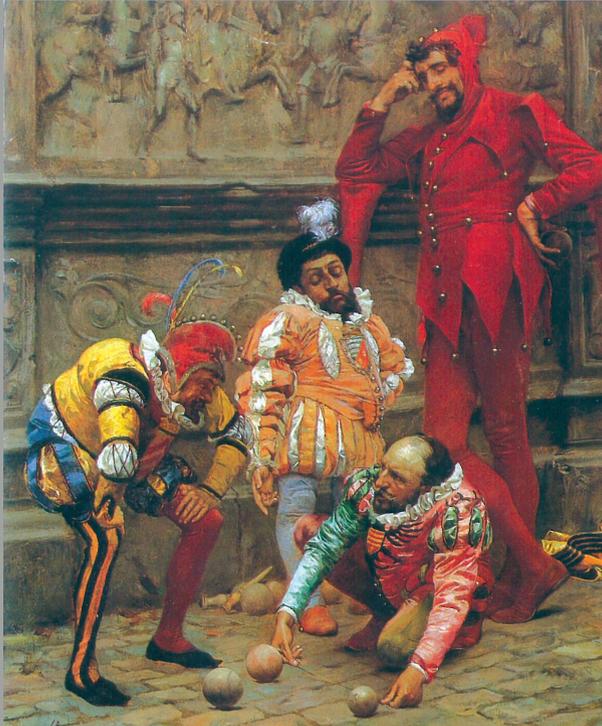


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

Fundada en 2001

Director: Víctor Aparicio Basauri

Subdirector: José Filgueira Lois

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web www.aen.es de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Bufones jugando al cochonnet. Eduardo Zamacois. 1868. Museo de Bellas Artes. Bilbao (España)

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 550

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 6 - Núm. 2 - 2006

PRESENTACIÓN	109
ARTÍCULOS ORIGINALES	
Elogio de la histeria	
<i>J.M. Alvarez</i>	111
Briquet y su síndrome	
<i>J. Garrabé</i>	125
Histeria masculina.	
<i>T. Angosto</i>	137
Histeria y Disociación	
<i>A. Rojo</i>	149
Neurología de la histeria.	
<i>E. García-Albea</i>	165
INFORMES	
<i>Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud</i>	203
IN MEMORIAM	207
RESEÑAS	211
REUNIONES CIENTÍFICAS	223
NORMAS DE PUBLICACIÓN	229

PRESENTACIÓN

En el periódico *El País* del 17 de octubre pasado y en una de las páginas de sociedad, con encabezamiento a cinco columnas, figuraba la siguiente frase: *¿Existe realmente la histeria?*. El artículo era motivado por la obra *Hysteria* de Ferry Johnson que John Malkovich estrenaba en Madrid. Una periodista de N.Y, Erika Kinetz, realizaba un reportaje de divulgación sobre la desaparición de la histeria, pero sobre todo resumía algunas publicaciones con los nuevos hallazgos por neuroimagen en los cuales se demostraba que las parálisis conversivas tienen un correlato en las áreas emocionales del cerebro que le impedían su deseo de mover el miembro paralítico, es decir estas parálisis no tienen nada que ver con la mentira ya que realmente existen, solo que en este caso son recuperables. Aunque no con estas palabras, la periodista de N.Y llegaba a la conclusión de que los que han creído y siguen creyendo en la histeria, tienen más razón que los que defendían lo contrario.

Este “baldón” de la histeria como un/a mentiroso/a ha circulado a lo largo de la historia de la medicina, sobre todo en los últimos dos siglos, pero empezó a cobrar mayor fuerza a mediados de los años 60 del siglo pasado y con motivo de la gestación y publicación de la que iba a ser la clasificación más influyente en la historia de la psiquiatría; la tercera revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM III) de la American Psychiatric Association (APA). Algunos de los gestores de este manual le dedican lindezas del siguiente estilo: *Es (la histeria) un fósil con incrustaciones, oscurecidas con distintas capas de significado*¹.

Robert.L.Spitzer en el Meeting de la APA 1978 (recordemos que es el padre del DSM-III controlando cada una de las comisiones formadas para estudiar los distintos trastornos), presentó la comunicación definitiva : “*Hysteria Split Asunder*” (*Histeria hecha pedazos*) sobre la fragmentación de la histeria que iba a figurar en el futuro DSM-III, relatando las múltiples quejas de los psiquiatras para poder determinar la diferencia entre síntoma “real” y síntoma “histérico”, (como si este último no fuera real) y expresando la necesidad de la fragmentación en nuevas categorías diagnosticas ajenas a la entidad histeria, ya que; “*todo lo que no es genuino, no es autentico, como ocurre en la histeria*”. **Spitzer** expresa su esperanza de que esta nueva clasificación (DSM-III) sea probada y utilizada por los psiquiatras.

Así pues, podemos decir que las expectativas de Spitzer se cumplieron y la histeria como entidad nosológica, 3000 años después de que se tiene conocimiento de su existencia, parece haber desaparecido, no solo ya de las clasificaciones internacionales (tampoco la ICD la mantiene) sino en la clínica cotidiana a lo cual se añade la aparente desaparición de los cuadros sintomatológicos relatados por los clásicos. Hoy día sería impensable un estudio como el de Briquet, comentado en estos cuadernos por el Dr. Jean Garrabé.

Es innegable que el diagnóstico de histeria ha sido un cierto cajón de sastre a lo largo de la historia de la psiquiatría, a lo cual ha podido contribuir la fluctuación de los síntomas que pre-

1 Chodof, P: “The diagnosis of hysteria: An overview”. Am j Psych 131:10, 1974

senta y la desesperación de los que intentaban objetivar los síntomas como se hace en el resto de las enfermedades pero ¿cual es el sentido del *split asunder* de la histeria?. Parece que el principal argumento es hacerla desaparecer como una entidad propia con diferentes manifestaciones, “*debido a que tiene muchos significados distintos*” como dice la CIE-10. Pero si se han mantenido los distintos tipos para la esquizofrenia ¿Porqué no para la histeria y sus formas clásicas de conversión y disociativa?.

Resulta difícil encontrar una explicación más allá de una probable interpretación *asilvestrada* sobre los malos encuentros de algunos de los *objetivadores* con pacientes con síntomas histericos. Ya dice L. Israël que esta objetivación es el final del sujeto hablante como paciente.

Así pues, en los tiempos que corren, la histeria ha sido despedazada y su imaginario cuerpo se encuentra durmiendo en hermosas tumbas clasificatorias esperando una especie de juicio final que la rescite con todos los honores para la clínica cotidiana.

La revista **Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria** ha decidido publicar un número monográfico sobre esta cuestión antigua o si se quiere muerta. Resucitar este tema desde una revista de estas características tiene algo de peligroso corriendo el riesgo de que nadie lea este número ya que la histeria a dejado de ser una preocupación para los psiquiatras y parece pertenecer ya solamente al campo del saber de los psicoanalistas. Pero además, esta desaparición, a mi modo de ver, ha provocado también la desaparición de un modo de trabajar en psiquiatría que estaba fundado en dos conceptos ya poco utilizados; el cuidado por la contratransferencia y el compromiso con el paciente. La histeria trastorna el confort con el que nos instalamos en el saber y en algunos casos acabamos actuando, bien *manu militari* mediante la cirugía o los psicofármacos o bien negándola y abandonándola a su suerte

En este número de **Cuadernos** hemos intentado abordar el problema actual de la histeria desde varias vertientes: psiquiátrica clínica, neurológica, psicoanalítica e histórica. Esperamos que, a aquellos que lo lean, al menos les haga pensar en todos los aspectos anteriormente dichos y reflexionar sobre su propia práctica clínica con los cuadros de histeria, ya que sabemos, y a pesar de todo, que el término histeria aún se sigue utilizando de una forma no poco frecuente en las notas de alta de los pacientes hospitalizados. Según el CMBD casi el 4% de los ingresos que se producen en las unidades de hospitalización llevan algún *apelativo* relacionado con la histeria.

Elogio de la histeria

The praise of hysteria

José María Álvarez

Psicólogo Clínico. Psicoanalista

Hospital psiquiátrico Dr. Villacián

Valladolid

RESUMEN

El presente artículo trata del denominador común o relación consustancial entre los ámbitos clínico e historiográfico de la histeria glosando lo que Lacan denominó «discurso histérico», un tipo específico de vínculo social donde el deseo y su insatisfacción están en un primer plano. Características tales como los desplazamientos, el desafío al saber y al poder, la permanente referencia al cuerpo y la insatisfacción forman la estructura común de cualquier tipo de manifestación histérica.

Palabras Clave: *Histeria. Desplazamiento. Lacan. Discurso histérico.*

Cuando Thomas Sydenham, hace más de trescientos años, quiso definir la histeria acudió a su mente la luminosa comparación con el dios Proteo, dotado del inusual don de metamorfosearse en cualquier cosa que se le antojara. Rubricó así una vez más esa propiedad de la histeria que tanto ha desconcertado e irritado a los médicos, incapaces de dar cuenta de una enfermedad que les retaba continuamente al manifestarse apropiándose de los síntomas de cualquier otra ¹. Desconozco si el renombrado médico inglés, al escribir esa metáfora, tuvo presente también el don profético que se atribuye

ABSTRACT

This article is about the common denominator or consubstantial relationship between the clinical and the historiographic field of hysteria; commenting on what Lacan called "hysterical discourse", a specific type of social bond where desire and its dissatisfaction are prominent. Characteristics such as displacement, challenge to knowledge and power, permanent reference to the body and dissatisfaction make up the common structure of any kind of hysterical manifestation.

Key words: *Hysteria. Displacement. Lacan. "Hysterical discourse"*

a Proteo en la *Odisea*. Conforme a lo que allí se narra, Proteo se negó a informar a los mortales que acudían a interrogarlo hasta que la perspicacia y la templanza de Menelao logró, por fin, arrancarle palabras elocuentes.

Esta mención a la cuna de nuestra cultura me dará pie para recrear la actitud imponente de la Medicina frente a la histeria, mantenida a lo largo de incontables siglos para desesperación de los médicos y desdicha de los histéricos. Sólo a finales del siglo XIX, período en que la Neurología había lo-

¹ La mayor parte de las consideraciones de Sydenham respecto a la histeria se hallan en la Disertación en forma de carta a William Cole (1681). Cf. TH. SYDENHAM, «Thomas Sydenham à Guillaume Cole (London, 20-I-1681)», en *Médecine pratique de Sydenham avec notes*, París, Didot Le Jeune, 1774, pp. 356-441.

grado su mayor esplendor, un joven médico afincado en Viena logró invertir completamente la inercia desasosegante de esta historia. Destituyéndose por propio deseo de la posición de sabelotodo que le conferían sus conocimientos y títulos académicos, optó por la modestia –también en la *Iliada* se nos pinta así a Menelao– de quien consiente en dejarse enseñar. Así fue como Freud tomó de la mano a aquellas gloriosas histéricas y se encaminó hacia un continente hasta entonces desconocido. A partir de ese gesto, la histeria y el Psicoanálisis están tan estrechamente unidos que es difícil imaginarles un futuro por separado. Seguramente por eso, todos esos epitafios que continuamente leemos anunciando la desaparición de la histeria y todas esas estrategias ideológicas que la han barrido de las taxonomías psiquiátricas, lo que ansían, en el fondo, es que el Psicoanálisis sea ya pura historia.

El pasado año se cumplió un siglo de la publicación del «caso Dora», aquella díscola e intrigante jovencita vienesa que aún sigue atrayendo vivamente nuestro interés, especialmente después de las revisiones y aclaraciones que salpican la enseñanza de Lacan. La historia de la histeria se remonta, no obstante, a los cimientos de nuestra cultura. Pese a la ubérrima literatura que las bibliotecas acumulan sobre esta materia, me ha parecido hallar ciertas características comunes a la presentación del sujeto histérico tanto en nuestra clínica cotidiana como en las modalidades de expresión y de recepción que han caracterizado a la histeria a lo largo de historia. De este

denominador común o relación consustancial entre los ámbitos clínico e historiográfico de la histeria tratará el presente estudio. Se trata, por tanto, de glosar eso que Lacan denominó «discurso histérico», un tipo específico de vínculo social donde el deseo y su insatisfacción están en primer plano.

Aunque todas ellas están unidas por una estructura común, cuatro son, a mi modo de ver, las características presentes en uno y otro ámbito: los desplazamientos, el desafío al saber y al poder, la permanente referencia al cuerpo y la insatisfacción. Puesto que se trata de un territorio epistemológico de amplísima extensión, espigaré únicamente aquellos hitos históricos, aquellas teorías y argumentos que favorezcan los propósitos de esta exposición. Conforme ésta se desarrolle, me propongo igualmente retratar algunos de los efectos desconcertantes y enojosos que la histeria ha venido ocasionando a los médicos y a los poderes públicos.

Ciertamente, en todos los tiempos y territorios las teorías sobre la histeria, más tarde o más temprano, han recurrido a algún tipo de metáfora para indicar un desplazamiento, como si ella se hallase allí donde no se la busca o como si en el acto mismo de atraparla ya se hubiese fugado. En paralelo a lo anterior, la histeria ha tenido a gala manifestar un punzante desafío al saber médico, máxime cuando sus adalides se han identificado con la posición de amos del poder y del saber, pretendiendo nada menos que gobernar a quien

2 El 18 de marzo de 1970, en la clase VIII de *El reverso del psicoanálisis* (1969-70), Jacques Lacan resumió esta posición característicamente histérica con las siguientes palabras: «Lo que la histérica quiere [...] es un amo. [...] Quiere que el otro sea un amo, que sepa muchas cosas, pero de todas formas que no sepa las suficientes como para no creerse que ella es el premio supremo de todo su saber. Dicho de otra manera, quiere un amo sobre el que pueda reinar. Ella reina y él no gobierna» (LACAN, J., *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 17. El reverso del psicoanálisis 1969-1970*, Paidós, Barcelona, 2004, p. 137).

se caracteriza por buscar un amo sobre quien reinar²; el mismo desafío lo hallamos en los ámbitos religioso y político, tal como resulta patente en el Medievo: cuanto más se cernió sobre ella la tenaza de la represión mayores fueron sus desenfrenos y alaridos, hasta adquirir incluso dimensiones epidémicas. La permanente referencia al cuerpo doliente y gozoso motivó, sin duda, el interés de la Medicina, cuyas expectativas las más de las veces se vieron frustradas al comprobarse el perfecto funcionamiento del organismo a la par que la presentación de llamativos síntomas *sine materia*; pero mientras los médicos de familia, los internistas y los neurólogos se ocuparon de la histeria no se vio ésta afectada de juicios morales y descalificaciones hirientes, como habría de suceder cuando la Psiquiatría se empeñó en domarla. Al mismo tiempo, por atisbarse en su trasfondo de insatisfacción los misterios de la sexualidad y del goce femeninos, la histeria nos ha desnudado los fantasmas de sus inquietos investigadores, guardándose en el mismo movimiento para sí sus propios secretos.

I DESPLAZAMIENTOS

Desde su nacimiento como concepto, la histeria se ha vinculado a las mujeres³, particularmente a ciertas perturbaciones del útero suscitadas por el descontento y la insatisfacción. Al no tener lo que desea, el útero se desplaza por el cuerpo y oprime otros órganos causando así las manifestaciones características de la enfermedad. En

opinión de los historiadores, esta idea del útero insatisfecho y errante se halla presente en el primer manual de medicina descubierto en Kahoun (Egipto), datado aproximadamente 1900 años antes de Cristo; similares planteamientos se leen igualmente en el papiro de Ebers (siglo XVI a.C.), también egipcio, que se ocupa de las «enfermedades de las mujeres»⁴.

Esta tradición antigua fue recogida sin mayores variaciones en el siglo IV a.C. por Hipócrates y Platón, quienes merced a su incuestionable autoridad la asentaron entre sus coetáneos y la transmitieron a la posteridad. Ciertamente, en las últimas páginas de Timeo, Platón dejó escrito a propósito del útero o matriz (*hystér_*): «un animal deseoso de procreación en ellas [las mujeres], que se irrita y enfurece cuando no es fertilizado a tiempo durante un largo período y, errante por todo el cuerpo, obstruye los conductos de aire sin dejar respirar»⁵. Asimismo, Hipócrates, en sus tratados ginecológicos, dio por sentado que el útero insatisfecho sexualmente perdía peso y se elevaba en busca de humedad, ocasionando a su paso disnea, *globus hystericus*, presión en el pecho, cefaleas y somnolencia: «Si se presentan sofocos de repente, ello ocurre sobre todo en el caso de las que no tienen relaciones sexuales y de las mujeres ya maduras, más que en el de las jóvenes. [...] Cuando la matriz se ha desplazado se proyecta hacia el hígado y, colocándose junto a él, va a topar con los hipocondrios; se mueve y va hacia arriba al encuentro del fluido, pues por efecto del

3 Todavía en 1913, Bernheim escribió: «Las crisis histéricas han existido en todos los tiempos, porque ellas son, como veremos, inherentes a la naturaleza humana, y sobre todo a la naturaleza femenina» (BERNHEIM, H., *L'hystérie. Définition et conception. Pathogénie. Traitement*, París, O. Dion e Hijos, 1913, p. 5).

4 Además de los trabajos citados en este texto, sobre la historia de la histeria pueden consultarse los ensayos de I. Veith (*Histoire de l'hystérie*, París, Seghers, 1973) y E. Trillat (*Histoire de l'hystérie*, París, Seghers, 1986); el lector apresurado hallará una primera aproximación en G. Harhus-Révidi, *L'hystérie*, París, P.U.F., 1997.

5 PLATÓN, Timeo, en *Diálogos VI* (Filebo, Timeo, Critias), Madrid, Gredos, 2002, p. 260.

esfuerzo, se ha secado más de lo conveniente»⁶.

La presencia de las manifestaciones histéricas en el ámbito grupal, esto es, en ciertas experiencias colectivas de tipo extático y orgiástico, parece evidente cuando se analizan ciertos rituales dionisiacos realizados en la Antigüedad. En opinión de B. Simon, dichos rituales servían al mismo tiempo de vía de expresión mediante el cuerpo y de tratamiento de esos desórdenes⁷. De igual modo, aún sin que el término apareciera *ad pedem litterae*, la presencia de la problemática histérica en la tragedia griega resulta evidente en algunos personajes, especialmente en Fedra (*Hipólito*) y Hermione (*Andrómaca*).

No todos los médicos de la antigüedad dieron por buena, naturalmente, la teoría del útero errante; tampoco todos admitieron que la histeria fuera exclusivamente una enfermedad de las mujeres. Estas opiniones críticas alcanzaron en los escritos de Sorano de Éfeso y Galeno, a comienzos del siglo II, las primeras objeciones.

Mientras el primero supuso que la histeria se debía a una «constricción uterina», el segundo sostuvo que las convulsiones o crisis histéricas eran causadas por la contención sexual, responsable directa de la retención de sustancias seminales que terminaban por tornarse perjudiciales, tanto en el hombre como en la mujer.

Durante los siglos siguientes se discutió en ambientes médicos si la histeria obedecía a los movimientos erráticos del útero o si eran ciertos vapores sutiles los que partían del útero y afectaban al cerebro; en cualquier caso, la referencia al útero permaneció en el centro de los debates hasta bien entrado el siglo XIX. Junto con esta teoría del desplazamiento del útero, a partir del siglo XVII comenzaría a elaborarse una doctrina neurológica según la cual la histeria se vinculaba con el encéfalo, argumentándose para ello inicialmente que ciertos vapores corrompidos se desprendían del útero y afectaban al sistema nervioso⁸.

Especialmente a partir de las propuestas de Georget, a lo largo del XIX la histeria

6 Sobre las enfermedades de las mujeres, en *Tratados hipocráticos*, vol. IV, Madrid, Gredos, 1988, p. 59. La doctrina hipocrática, coherente con estos principios, recomendaba a las «vírgenes que cuando tengan tales trastornos, enseguida se casen con un hombre, pues si quedan embarazadas, se curan, y si no, al llegar a la pubertad o poco después, son atrapadas por este mal, si no por otro» (Sobre las enfermedades de las vírgenes, en *Tratados hipocráticos*, vol. IV, op. cit., p. 329). Otros tratamientos muy usados consistían en fumigaciones fétidas aplicadas en la nariz o aromáticas insertas en la vagina, queriendo con las primeras repeler el útero que había ascendido y con las segundas atraerlo a su lugar natural.

7 «Dioniso, un dios varón, comprende los sentimientos y las necesidades de las mujeres. En este sentido, el dios (en el mito) y el jefe del culto (en la realidad) se corresponden con el médico en el tratamiento de la mujer histérica. El doctor que escucha amablemente, que examina cuidadosamente el abdomen y los genitales, que inserta supositorios y que recomienda el coito, armoniza con las necesidades internas y los dilemas sociales de su paciente. El drama del ritual dionisiaco es paralelo al ritual más tranquilo de la relación doctor-paciente» (SIMON, B., *Razón y locura en la antigua Grecia. Las raíces clásicas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Akal, 1984, p. 317).

8 Los rudimentos de esta orientación hacia el encéfalo, coherente con el creciente interés que éste comenzaba por entonces a despertar, se aprecian ampliamente en la obra del médico francés Charles Lepois (Carolus Pisonis), quien en 1618 osó contestar la teoría tradicional hopocrático-platónica al afirmar: «*Hysterica symptomata vulgo dicta, omnia ferè viris cum mulieribus communia sunt*», esto es, que según enseña la experiencia, la histeria podía afectar tanto a hombres como a mujeres (Citado por G. GILLES DE LA TOURETTE, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière*, Vol. I, *Hystérie normale ou interparoxystique*, París, E. Plon, Nourrit y Cia., 1891, p. 13). El enfrentamiento entre los partidarios del útero y los del cerebro no se resolvió, ni mucho menos, con la publicación de las obras médicas de Willis y de Sydenham. Aún en 1889, Grasset escribía en el influyente diccionario de Dechambre: «se puede decir que la lucha entre las dos teorías rivales ha durado hasta nuestros días» (GRASSET, 'Hystérie', en *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, A. DE-CHAMBRE y L. LEREBoullet, Cuarta serie, Tomo XV (HYL-INH), París, Asselin y Houzeau y G. Masson, 1889, p. 247).

comenzó a ser enfocada desde un punto de vista neurológico. Más que ninguna otra, la figura del Profesor Jean-Martin Charcot está indisolublemente unida a las teorías médicas de la historia durante ese siglo. Si en un principio Charcot se valió de la teoría uterina tradicional, defendiendo que en una «forma especial de historia» el ovario «desempeña un papel importante»⁹, poco a poco fue imponiendo sus criterios metodológicos de observación, investigando así la historia como si de una enfermedad neurológica se tratara. Conforme a su metodología nosológica, se trataba en primer lugar de detallar los signos objetivos de la enfermedad, para proceder después a la descripción de cuadros típicos y regulares; naturalmente, debido a su orientación médica la investigación estaba orientada a descubrir las lesiones anatómicas visibles y a procurar establecer una clínica diferencial entre la historia y otras enfermedades neurológicas, cosa que pretendió lograr especialmente mediante la noción de «imitación» («neuromimesia»).

Sin embargo, también en el terreno etiológico se advierte en la doctrina de Charcot ese desplazamiento que acompaña

a la historia desde tiempos remotos. En efecto, todos sus empeños por localizar la lesión anatómica en la historia se vieron frustrados una y otra vez, recurriendo finalmente a ese oxímoron formulado en la noción de «lesión dinámica», es decir, la lesión que cambiaba de lugar tan pronto el investigador creía localizarla¹⁰.

También la idea del desplazamiento está presente en las primeras elaboraciones freudianas a propósito de la historia. A través de Griesinger, Freud había asumido de la Psicología alemana la distinción entre el afecto y la representación¹¹. Tal como sostiene en *Estudios sobre la historia* (1895), el síntoma neurótico se expresa mediante falsas conexiones, según las cuales la energía de catexis puede desligarse de ciertas representaciones y unirse a otras. Al tratarse de un mecanismo esencial del proceso primario, el desplazamiento se halla en la base de las formaciones del inconsciente, siendo especialmente evidente en la conversión histérica y en la formación de sustitutos de la neurosis obsesiva. Paulatinamente, las nociones de «energía», «cantidad de afecto» o «suma de excitación» irán conformando su concepción del deseo¹².

9 Al provenir estas consideraciones de una figura del saber tan destacada, sucedió que algunos cirujanos norteamericanos procedieron a suprimir los ovarios de algunas histéricas como medida terapéutica. Al tanto de estos hechos, que tanto horrorizaron, Charcot quiso dejar clara su posición en sus *Leçons du Mardi 1887-1888*: «Este es el momento de responder a un médico de Nueva York quien me acusa de ser la causa de innumerables y espantosos desórdenes en razón de haber dicho yo que las histéricas tenían una afección ovárica. Según él, una buena cantidad de cirujanos se han puesto a extirpar los ovarios para curar la historia. [...] Nunca he dicho semejante tontería; pienso por tanto que ese colega cuestiona mi estado mental. Si yo he afirmado que había ciertas histéricas ováricas, ha sido porque estoy seguro de eso. Lo que jamás he dicho es que le historia tuviera como causa una afección ovárica. Ciertamente dije que cuando las histéricas eran ováricas, el acceso se detenía ejerciendo presión sobre el ovario, pero no me considero tan ingenuo como para pretender que la historia reside en los ovarios» (CHARCOT, J.-M., *Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Polyclinique, 1887-1888. Notes de Cours de Blin, Charcot y Colin, París, Progrès médical, 1888; 13 de Diciembre de 1887; Tercer enfermo (Hombre)*, pp. 62-65)

10 Así se expresa Charcot al finalizar los comentarios del albañil Ly...: «[...] la lesión era puramente 'dinámica', sine materia, en fin, de tipo de aquellas cuya existencia uno se imagina para explicar el desarrollo y la persistencia de los diversos síntomas permanentes de la historia» (CHARCOT, J.-M., *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, Tomo III, París, Delahaye y Lecrosnie, 1887, p. 288*).

11 Cf. J. M^a. ÁLVAREZ, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, 1999.

12 En su libro sobre la historia, Paul Verhaeghe concede al desplazamiento un papel fundamental en la formación del corpus doctrinal psicoanalítico: «[...] el aspecto más importante del descubrimiento freudiano: que el quantum de energía puede desplazarse» (P. VERHAEGHE, *¿Existe la mujer? De la histérica de Freud a lo femenino de Lacan*, Buenos Aires, Paidós, 1999, p. 25)

II DESAFÍOS

No hay que ir muy lejos ni buscar demasiado para hallar ilustraciones del desafío histérico: allí donde se atisbe una fractura del saber, el poder o la moral encontraremos el dedo del sujeto histérico señalando la impotencia de quien se propone como amo. Presentes de continuo en nuestra vida cotidiana, estos desafíos alcanzaron dimensiones epidémicas durante la Edad Media. De tales hechos se vienen haciendo eco los historiadores desde el siglo XIX. Ciertamente, las manifestaciones de la *grande hystérie* decimonónica han sido asimiladas a ciertas expresiones mórbidas grupales surgidas en Europa durante el Medievo, tales como la corea epidémica (corea rítmica histérica de los danzantes), las epidemias de posesión demoníaca, los convulsionarios y los extáticos. Si desde Freud podemos hablar con precisión del mecanismo de identificación —especialmente de la identificación al síntoma¹³—, en el siglo XIX los investigadores pretendieron explicar estos fenómenos apelando al contagio o la imitación, como sostuvo Paul Richer: «[...] las analogías que señalo aquí entre las antiguas epidemias convulsivas y la gran histeria que observamos en nuestros días de forma esporádica, se fundan sobre el contagio nervioso a fecha de hoy perfectamente de-

mostrado de los accidentes histéricos y sobre la similitud de las manifestaciones sintomáticas»¹⁴.

Siguiendo a Charcot, gran conocedor de la historia de la histeria, Richer y otros hallaron una homología indiscutible entre aquellas manifestaciones paroxísticas grupales y las grandes histéricas encerradas en la Salpêtrière, queriendo así argumentar que esta enfermedad contenía una esencia y una expresión comunes en todos los tiempos. Esta fue también la orientación que animó a Gabriel Legué y a Georges Gilles de la Tourette, discípulos del gran maestro, a publicar en 1886 la *Autobiographie* de la Madre Juana de los Ángeles, extraordinario documento psicopatológico que nos muestra todo el cortejo de los grandes fenómenos histéricos y sus accidentes característicos (grandes ataques, anestias, trastornos vaso-motores —vómitos de sangres y estigmas—, visiones y seudoalucinaciones auditivas, seudocirosis histérica, etc.)¹⁵.

Los hechos de esta impactante historia habían sucedido en Loudun a principios del siglo XVII y tuvieron como protagonistas principales a la priora del convento de las ursulinas, la fantasiosa e intrigante sor Juana de los Ángeles, y al apuesto y seductor cura Urbano Grandier, cuyos atrac-

13 Véase especialmente el capítulo VII del ensayo de S. Freud *Psicología de las masas y análisis del yo*, donde indica las claves para comprender ese conjunto de fenómenos histéricos que adquieren, a veces, la dimensión de epidemia: «Cuando, por ejemplo, una joven alumna de un pensionado recibe de su secreto amor una carta que excita sus celos y a la cual reacciona con un ataque histérico, algunas de sus amigas, conocedoras de los hechos, serán víctimas de lo que pudiéramos denominar la infección psíquica y sufrirán, a su vez, un igual ataque» (FREUD, S., *Psicología de las masas y análisis del yo* [1921], Obras completas, Tomo VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974, p. 2586).

14 RICHER, P., *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, Paris, Adrien Delahaye y Émile Lecrosnier, 1885, p. 798. Sobre las manifestaciones grupales de histeria en la Edad Media, véase especialmente este texto de Richer (pp. 799-913), muy sistemático, y los dos volúmenes de L.-F. Calmeil (*De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la Renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle: description des grandes épidémies de délire*, Tomo I y II, Paris, Baillière, 1845), sin duda más confusos en la medida en que la histeria no se distingue de las psicosis delirantes y alucinatorias.

15 Cf. JUANA DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, Madrid, A.E.N., 2001. El drama de esta religiosa puede seguirse en las explicaciones de Legué y Gilles de la Tourette que introducen el texto (pp. 11-48)

tivos habrían finalmente de arder en la hoguera; entre los secundarios, el resto de las monjas del convento que comenzaron también a presentar convulsiones y visiones similares a las de su superiora, rugiendo de la misma manera y abriéndose de piernas hasta el extremo de que el perineo tocaba el suelo. Y así durante diez años, sin que las autoridades religiosas y políticas pudieran sofocar esta epidemia histérica, iniciada tan pronto como entró en escena el cura Grandier¹⁶. Amén de la enseñanza psicopatológica del caso, los sucesos extraordinarios de Loudun pusieron en evidencia que ni los más renombrados exorcistas ni los médicos más competentes lograron resistir el desafío de aquellas religiosas. Humillados y degradados, algunos de los médicos que intervinieron terminaron con sus huesos en la cárcel. A resultas de tan sonoro varapalo, los médicos decidieron reorganizarse para velar por sus derechos y hacer valer su saber, nuevamente cuestionado por la histeria.

Buena parte de las teorías psiquiátricas que se elaboraron a partir del XIX sobre la histeria tienen como distintivo la afectación narcisista de los propios psiquiatras ante el desafío, a menudo manifestada mediante el oprobio. Me parece advertir, a este respecto, una actitud distinta entre los psiquiatras y los médicos internistas, los

neurólogos y los médicos de familia. Por lo general, los psiquiatras enfrentaron la histeria como una molestia, razón por la cual son muy frecuentes las descripciones de rasgos del carácter teñidas de juicios morales y descalificaciones personales: «mentirosas irredentas», «egoístas», «desgracia de maridos» y un largo etcétera¹⁷.

III EL CUERPO

Muchos psiquiatras, en efecto, cayeron en las redes que el sujeto histérico les tendía mediante sutiles retos a su saber y su poder. Al pretender domar al histérico se encontraron inevitablemente con su propia división, razón por la cual, en mi opinión, la visión psiquiátrica de la histeria no fue más allá de nombrar los rasgos insoportables del carácter (Kraepelin dejó dicho que la histeria era, simple y llanamente, «el carácter histérico») y de intentar diferenciar entre la verdadera alienación y la locura histérica.

La situación no fue más cómoda para otros médicos especializados en las dolencias del cuerpo, a cuyas puertas llamaban los histéricos para demostrarles que su ciencia no servía. Sin embargo, aquéllos que lograron poner a resguardo su narcisismo en aras de sus ideales y compromisos científicos, como fue el caso de Briquet, manifestaron

16 «Después de esta época —escribió Juana de los Ángeles—, Nuestro Señor consintió que un sacerdote llamado Urbano Grandier, cura de la parroquia principal de la ciudad, hiciera un maleficio contra nuestra comunidad. Este miserable pactó con el diablo para perdernos y hacer de nosotras mujeres de mala vida; para ello, mandó los demonios al cuerpo de ocho monjas de esta casa para que las poseyeran. [...] Caíamos en una agitación inconcebible, y, si la bondad de Dios no nos ayuda por una merced muy especial, más de cien veces nos habría perdido este hombre» (JUANA DE LOS ÁNGELES, op. cit., pp. 58-59).
 17 Sirva de ilustración las palabras de B. A. Morel: «El amor a la verdad no es, por otra parte, la virtud dominante de su carácter; jamás exponen los hechos conforme a su realidad, y engañan tanto a sus maridos, sus padres, sus amigos, como a sus confesores y médicos»; también las de Jules Falret: «Todos los médicos que han observado frecuentemente mujeres afectadas de histeria, todos aquellos que han tenido la desgracia de vivir con ellas una vida en común, saben perfectamente que todas tienen, en el carácter y en la inteligencia, una fisonomía moral que les es propia y que permite reconocer en ellas la existencia de esta enfermedad, [...]. Un hecho fundamental, esencialmente característico de las histéricas, es el espíritu de duplicidad y de mentira. Estas enfermas son verdaderas comediantes; no tienen mayor placer que el de engañar y el de inducir de cualquier forma al error a las personas con las que se relacionan». Véanse respectivamente: MOREL, B. A., *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. II, París, 1853, pp. 210-212; FALRET, J., *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1866, p. 499.

un trato con la histeria que merece ser recordado¹⁸. En efecto, quiso el destino que P. Briquet fuera llamado a dirigir en La Charité un Servicio de histéricas, enfermas a las que nunca antes había prestado atención profesional, dado su gusto por «el estudio de las ciencias positivas». El propio autor confiesa su incomodidad inicial en las siguientes palabras: «Tratar enfermedades que todos los autores convenían en considerar como un tipo de inestabilidad, irregularidad, fantasía, imprevisto, como si no estuvieran gobernadas por ninguna ley, por ninguna regla, y como si ninguna teoría sería les diera cohesión, era la tarea que más me repugnaba. Me resigné y puse manos a la obra»¹⁹.

Como después haría Charcot y su escuela de la Salpêtrière, Briquet comenzó a observar y a recoger datos: antecedentes, estado actual, síntomas, evolución, etc., hasta hacerse con 430 observaciones. A diferencia de Sydenham, Briquet encontró una serie de reglas para comprender la naturaleza de la histeria y la analogía de sus síntomas con el estado fisiológico, estableciendo unos criterios estables y homogéneos para su diagnóstico y tratamiento, como sucedía con cualquier otra enfermedad.

A resultas de su trabajo, en 1859 publicó su voluminoso *Traité*. Allí considera que la histeria («neurosis del encéfalo») ofrece una serie de síntomas y accidentes muy concretos y estables: «una sensibilidad extrema del sistema nervioso, hiperestesias diversas, en medio de las que dominan los dolores en la región del epigastrio, a la izquierda del tórax, y a lo largo del canal vertebral izquierdo;

anestias que afectan principalmente a la piel, los músculos y los órganos de los sentidos; espasmos, entre los que son más comunes una opresión en el epigastrio, la sensación de un globo que asciende desde el estómago a la garganta, y la estrangulación; por último, convulsiones que se inician por la constricción epigástrica, que se acompañan ordinariamente de pérdida del conocimiento, y que terminan en llanto e hipo; síntomas que están todos ellos bajo influencia directa de afecciones morales»²⁰.

Como sucedió con tantos otros libros médicos sobre la histeria, el de Briquet informa de la impresionante variedad de manifestaciones clínicas atribuibles a la misma, de las múltiples causas que pueden ocasionarla, de sus variantes evolutivas y de los tratamientos más recomendables. Naturalmente, al carecer de una estructura común, la ubérrima fenomenología clínica se extiende hasta constituir un sinfín de disfunciones corporales («manifestación de las sensaciones afectivas y de las pasiones»), sin olvidar la «perturbación de actos vitales».

Todos estos hechos tan desconcertantes y difícilmente agrupables fueron ordenados por Freud tan pronto se percató de que las representaciones reprimidas hablaban a través del cuerpo, tan doliente como gozoso. Así surgió la noción de ‘conversión’ —«salto de lo psíquico a la inervación somática»—, estrechamente vinculada a la formación de los síntomas histéricos. Sin embargo, en la esencia misma del concepto se halla una articulación entre el ser y el lenguaje que jamás había sido columbrada. Ciertamente, pues la

18 No es usual leer en las monografías y en los tratados médicos relativos a la histeria palabras como las escritas por Briquet: las mujeres histéricas no tienen nada de lo que avergonzarse; antes al contrario, sus sufrimientos de deben a «la existencia, en la mujer, de los sentimientos más nobles y dignos de admiración, sentimientos que sólo ella es capaz de experimentar» (BRIQUET, P., *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, Baillière e Hijos, 1859, p. VII).

19 *Ibidem*, p. III

20 *Ibidem*, p. 6.

noción de conversión muestra de forma ejemplar el doble papel del lenguaje –patogénico y terapéutico– en la conformación del pathos, hecho éste que resulta evidente, por ejemplo, en el «caso Cecilia M.». Al investigar el origen de la neuralgia facial que presentaba esta mujer, síntoma cuyo inicio se había producido inmediatamente después de que su marido le profiriera palabras ofensivas, Freud advierte: «Cuando intenté convocar la escena traumática, la enferma se vio trasladada a una época de gran susceptibilidad anímica hacia su marido; contó sobre una plática que tuvo con él, sobre una observación que él le hizo y que ella concibió como una grave afrenta (mortificación); luego, se tomó de pronto la mejilla, gritó de dolor y dijo: ‘Para mí eso fue como una bofetada’. Pero con ello tocaron a su fin el dolor y el ataque»²¹.

Este fragmento clínico muestra a las claras cómo ese mensaje críptico que constituye una de las caras de síntoma adquiere su forma específica de acuerdo con las leyes del lenguaje. Pero no prueba únicamente la afectación de la palabra en el funcionamiento del cuerpo, un cuerpo que habla eso que el sujeto de alguna manera reprime por doloroso, sino que también en el propio lenguaje se halla la resolución del síntoma²².

IV INSATISFACCIÓN

Todos los aspectos hasta aquí evocados están estrechamente relacionados con la in-

satisfacción, nombre por excelencia de la histeria. Ciertamente, la insatisfacción es un denominador común que hallamos en todas las figuras encarnadas por las histéricas a lo largo de la historia: la poseída, la endemoniada, la bruja, la santurróna, la rebelde, la superwomen, etc. Enfocada la histeria como un tipo de vínculo social o discurso, todas esas figuras se han constituido en referencia a un saber que no sirve del todo y a un amo (maître) que lo produce y sostiene; movida por una insatisfacción esencial, la histérica (\$) busca un amo (S1) que le diga quién es y qué quiere, animándole así a producir un saber (S2) que, a la postre, no tendrá gran interés puesto que nada dice sobre ese objeto perdido (a) que alimenta la permanente insatisfacción. Conforme a esta perspectiva relacional, la histeria no tiene parecido alguno con la soledad por excelencia del esquizofrénico o la enemistad esencial del paranoico, por más locos que puedan parecer los fenómenos que a veces produce.

Mediante distintas teorías, especialmente las relativas al útero errante, la insatisfacción se ha venido considerando desde la Antigüedad como una de las características principales de la histeria. Haciéndose eco de esa tradición, Freud reafirmó ese hecho señalando que el deseo ni puede satisfacerse ni tampoco destruirse. Pero en el caso particular de la histeria, Freud se percató de esa singular estrategia consistente en mantener permanentemente la insatisfacción del deseo y la distancia con el objeto, aspectos ambos

21 FREUD, S. y BREUER, J., Estudios sobre la histeria, Obras Completas Sigmund Freud, t. II, op. cit., pp. 190-191. Que el síntoma se conforma según las leyes del lenguaje es una tesis que Freud sostuvo desde sus primeras investigaciones psicopatológicas: «Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella. [...] Toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan: la pierna es la pierna, hasta la inserción de la cadera; el brazo es la extremidad superior tal como se dibuja bajo los vestidos» (FREUD, S., «Algunas consideraciones con miras al estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas», Obras Completas Sigmund Freud, t. I, op. cit., p. 206)

22 Sobre las relaciones del lenguaje y el pathos, véase J. M^o. ÁLVAREZ, «Psicopatología y psicoanálisis. Comentarios sobre el

ejemplarmente mostrados en la interpretación del sueño de la Bella Carnicera. En efecto, el sujeto histérico procura mantenerse insatisfecho, como si de esa manera lograse ponerse a salvo de esa falta por excelencia que es la falta-en-ser.

Así concebida, la histeria es la expresión dolorosa más paradigmática de la falta esencial que constituye a todo sujeto. Por esta razón, el sujeto histérico se nos presenta a menudo como un abanderado de la falta y también como un experto en detectar las insuficiencias de los otros. Basta seguir la pista del histérico, averiguar a qué puertas llama, conocer los interlocutores a los que se confía, para obtener la radiografía de las fracturas del saber, el poder, la religión y la moral en cada momento de la historia.

La reivindicación y la queja son expresiones frecuentes de esa insatisfacción. Por desconocer que eso de lo que se quejan es de lo que gozan, muchos de los interlocutores de la histeria se han tomado esos lamentos como afrentas personales; de ahí las frecuentes respuestas hirientes y vejatorias que he tratado de ilustrar a partir de ciertas descripciones psiquiátricas. También ha habido

quienes han logrado sustraerse al desafío, produciendo de este modo un enorme saber que nada dice sobre el objeto perdido, ese que está en la base de la división subjetiva.

Frente a estas respuestas, la de Freud ha resultado decisiva para desvelar todos esos misterios y proponerles una solución efectiva²³. Al situarse como causa del deseo obliga al sujeto histérico a dar cuenta de su división. Este hecho resulta patente en el ‘gesto’ de Freud respecto a la joven Dora, quien tras dirigirle sus quejas y pesares obtiene por respuesta: todo lo que acaba de contarme, todo ese embrollo en el que está metida, ¿acaso no es algo en lo que usted también ha participado?

Gracias a Freud y a Lacan, rectificaciones subjetivas de este estilo son posibles hoy a diario en la clínica bajo transferencia, la única que podrá permitir al sujeto circunscribir su objeto y atravesar el fantasma fundamental. Que el Psicoanálisis ha dignificado la histeria es cosa tan evidente como que la histeria ha posibilitado la invención del Psicoanálisis. Tal es la razón que me ha dado pie para reivindicar la pertinencia actual de la histeria y desearle larga vida en compañía del Psicoanálisis.

23 Cf. J. M.^a ALVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, fundamentos de psicopatología psicoanalítica, Madrid, Síntesis, 2004, pp. 90-180, pp. 157-216, pp. 617-738.

Dirección para correspondencia:

José María Álvarez Martínez

Psicólogo

Hospital Psiquiátrico “Dr Villacián”

C/ Orión 2

47014Valladolid

alvarezjm@inicia.es

Briquet y su síndrome

Briquet and his syndrome

Jean Garrabé

Psiquiatra.

París.

RESUMEN

*Pierre Briquet ocupó un lugar muy importante en la historia de la histeria, aunque años después fue olvidada esta aportación debido a la mañana que alcanzaron algunos discípulos suyos como Charcot. Su rehabilitación por las Clasificaciones internacionales ha sido solamente parcial dado que ha incluido en el llamado "Briquet's syndrom" solamente algunos de los criterios utilizados por Briquet (edad, duración) limitando a una pequeña parte de la extensa sintomatología estudiada en el *Traité*.*

Palabras Clave: Pierre Briquet, Histeria, Charcot, Clasificaciones Internacionales

El nombre de Briquet ocupa un lugar singular en la historia conceptual de la histeria. Varios de los historiadores de esta neurosis como la norteamericana Ilza Veith (1) o el francés Etienne Trillat (2) lo citan, aunque acompañándolo del nombre de pila equivocado de Paul, en vez de Pierre, error que se ha seguido repitiendo, como el autor del importante *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (3) publicado en 1859.

Sin embargo a pesar de que esta obra marca un cambio de paradigma radical, su autor no consiguió con ella una fama comparable a la de los que después de él siguieron, a fines del siglo XIX, estudiando este capítulo de la patología: Jean-Martin Charcot y sus seguidores Pierre Janet y Sigmund Freud. El nombre de Pierre Briquet quedó medio olvidado, de

ABSTRACT

*Pierre Briquet occupied a very important place in the history of hysteria, though some years later his contribution was forgotten due to the reputation of some of his disciples like Charcot. His rehabilitation in International Classifications has only been partial considering the fact that the so called "Briquet's syndrome" only uses some of the criteria described by Briquet (age, duration) restricting them to a small part of the extensive symptomatology studied in the *Traité*.*

KeyWords: Pierre Briquet, Hysteria, Charcot, International Classifications

hecho Henri F. Ellenberger solo dedica algunas páginas, del millar con que cuenta su magno *Descubrimiento del inconsciente* (4) a Paul (sic) Briquet.

Cuando un siglo más tarde los psiquiatras norteamericanos buscaron una nueva terminología para sustituir a la tradicional de "histeria", denunciada como sexista por los movimientos feministas, los autores de la Escuela de Saint-Louis (Missouri), promotores de los criterios diagnósticos categoriales, propusieron la denominación de "Síndrome de Briquet" para parte de las manifestaciones de la antigua neurosis, los que constituyen en el DSM III el capítulo de los "Somatoform Disorders" (5). Esta denominación eponímica, una de las poquísimas que conserva este manual, dio a conocer internacionalmente al

medico decimonónico. En *La Psiquiatria y sus nombres* (6) Rey Gonzalez y Livianos Aldana dedican a Briquet cuatro entradas :

- BRIQUET, Ataxia de.
- BRIQUET, Pierre.
- BRIQUET, Síndrome de.
- BRIQUET, Paul B.(el contenido indica claramente que se trata de Pierre).

Vamos, en un intento de arqueología del saber, a estudiar como y porque se ha pasado del “*Traité*” de 1859 a la denominación “DSMoniana” de 1980 y para ello contextualizar, el tratado de Briquet en relación con el resto de su obra y con la revolución científica que se produjo en Paris a raíz de la revolución francesa de 1789 y de la que nació la medicina moderna. El filosofo Michel Foucault que ha estudiado esta Naissance de la clinique es uno de los que ha olvidado en su libro, por lo demás excelente, a Pierre Briquet revolucionario de la histeria.

DATOS BIOGRÁFICOS

Pierre Briquet nació el “22 nivôse de l’an IV” del calendario revolucionario, o sea el 12 de Enero de 1796 para los que siguen utilizando el calendario del antiguo régimen, en Châlons –sur-Marne, desde 1995 Châlons en Champagne, donde su padre era librero.

Estudia en la nueva Facultad de Medicina de Paris que había sustituido a la antigua Facultad Real y donde, desde 1795 era profesor de patologia Philippe Pinel, que publica en el año IX de la república (1800) su famoso *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*. Todo esto nos indica que la formación inicial de Briquet se ha desarrollado en un ambiente en que nacen ideas nuevas que anuncian el positivismo.

En 1824 presenta su tesis doctoral sobre “La phlectasie ou dilatation variqueuse des veines”.

Su carrera es brillante: en 1827 es ya profesor “agrégé”, en 1836 medico del Hospital Cochin y en 1836 jefe de un servicio de medicina en el hospital de La Charité. Este hospital, fundado en 1612 por los hermanos de San Juan de Dios a petición de Maria Medicis y reconstruido en 1841, estaba ubicado en el barrio de Saint-Germain des Prés, Rue des Saints- Pères. Poco antes de la Segunda Guerra Mundial el edificio de la época de Briquet, fue destruido para construir la nueva Facultad de Medicina de Paris (Paris V), conservando solo la histórica capilla que durante la revolución servía de paraninfo y que es ahora la iglesia católica ucraniana de San Vladimir el Grande. Es un barrio parisino propicio a las controversias.

Como lo ha explicado el mismo, en el prefacio de su *Traité*, colocado por las circunstancias a la cabeza de un servicio donde, desde hace tiempo, se tenía por costumbre ingresar los enfermos que padecían de afecciones histéricas:

“tuve, para cumplir con mi conciencia, que dedicar toda mi atención a este tipo de enfermedad, hacia la cual mi afición hacia el estudio de las ciencias positivas no me inclinaba demasiado.”

En diez años recoge, con la ayuda de los residentes de su servicio – al menos uno de los catorce que nombra Auguste Voisin (1829-1899) fue luego alienista- nada menos que 430 historias clínicas de histéricas e histéricos. Expone en el tratado las conclusiones a las que permite llegar el análisis de tan abundante material clínico, al que añade el recogido por otros médicos que le parecía valido.

En 1860 Briquet ingresa en la Academia Imperial de Medicina de París en la sección de Física y Química, ya que, aparte del *Traité* sobre la histeria, los otros dos tratados que ha publicado versan sobre la utilización terapéutica de la quinquina y sobre el cólera morbo. Es de notar que la guardia del *Traité* indica que P.Briquet es, además de caballero de la Legión de Honor, miembro de la Real Academia de Medicina de Madrid y de la Sociedad de Ciencias Físicas y Médicas de Florencia o sea que ya era conocido internacionalmente.

Pierre Briquet solo publicó muy tardíamente en el boletín de la Academia de Medicina otro texto sobre la disposición a la histeria en 1881, año en que muere en París el 26 de Noviembre. Poco antes de su muerte, en 1878, Jean-Martin Charcot (1825-1893) que conocía y admiraba la obra de Briquet, como veremos, se había encontrado como dice: “*por la fuerza de las cosas sumergido en plena histeria*”, cuando por una reorganización del hospital de La Salpêtrière, se añadió a su servicio, donde en el decenio anterior había creado la neurología, unas salas con enfermas que sufrían de crisis convulsivas tanto epilépticas como histéricas.

EL “TRAITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L’HYSTÉRIE”

El tratado de Briquet es la demostración basada en la clínica, de que la concepción de la histeria que hace del útero el origen de la enfermedad, que reinaba desde la medicina hipocrática, esta equivocada y que se trata de una:

“neurosis del encéfalo, cuyos fenómenos aparentes consisten principalmente en la perturbación de los actos vitales que sirven a la manifestación de las sensaciones afectivas y de las pasiones”(3 p.3).

Briquet indica de entrada que las denominaciones utilizadas tanto por los que se refieren a la matriz como por los que más tarde hablaron de los “vapores” o de los “nervios” son inadecuadas pero que personalmente sigue empleando el término “histeria” con la esperanza de que acabe por perder su sentido etimológico. (3.p.6).

No intentaré resumir las 639 paginas del tratado ni de-construirlo sino, al contrario, ver como Briquet construye su demostración para “*encefalizar*” la histeria. Lo hace comparando las opiniones de los autores que, desde la antigüedad hasta sus inmediatos antecesores han tratado la histeria, con la suya propia. Briquet habla del “encéfalo” en el sentido que desde el siglo XVIII había tomado este término, o sea el cerebro, no tanto desde el punto de vista anatómico sino en relación con las funciones que se le atribuían. Cuando la Facultad de Medicina de París, reconociendo el nacimiento de una nueva especialidad que llamamos ahora psiquiatría, creo en el asilo de Sainte-Anne, una nueva cátedra para su estudio, se le dio el título de “*Chaire des Maladies Mentales et de l’Encéphale*”.

LA ETIOLOGÍA DE LA HISTERIA

De las cinco partes que forman el Tratado la primera trata de la etiología. Briquet discute de las causas que se han atribuido a la histeria distinguiendo, como la hacía la medicina de la época, las causas que predisponen a la enfermedad y las que la determinan.

Entre las primeras, las que predisponen, señala las siguientes:

1. Sexo: Briquet afirma que el varón puede sufrir de histeria, aunque sea veinte veces mas frecuente en la mujer. Expone siete historias clínicas de histeria masculina

que lo demuestran y atribuye la mayor frecuencia en las mujeres a su particular sensibilidad afectiva. De entrada queda por lo tanto eliminado el origen uterino de la historia.

2. Edad: El hecho que sea frecuente la historia antes y después de la pubertad y que disminuya su frecuencia después de los veinte años demuestra, según él, que los órganos afectados no son los genitales sino los encefálicos que son los mas sensibles en aquella edad de la vida.

3. Discute la importancia de los factores hereditarios debido a que existen un 25 por ciento de antecedentes familiares no específicos de enfermedades de los nervios en las histéricas. Pero ¿porque cuando hay varias hijas en estas familias solo una es histérica?

4. En cuanto a la disposición física no encuentra nada de particular y discute la opinión de quienes han atribuido la historia a distintas disposiciones físicas, a menudo opuestas.

5. Se apoya Briquet para el estudio de la disposición moral en un libro recién publicado por Laurent Cerise (Cerise 1807-1869 - Nacido en Aosta y doctor de la facultad de Torino, afranceso su apellido cuando por motivos políticos se instalo en Francia donde desarrolló toda su carrera): *Des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, physique et morale.* (1842). En la mayoría de los capítulos Briquet trata lo mismo de autores de la antigüedad greco-romana que de sus contemporáneos. Cerise distingue funcionalmente en el sistema nervioso tres "aparatos" sin poder, naturalmente, localizarlos anatómicamente: el ganglionar visceral que recoge los elementos afectivos, el aparato sensorial que recoge las propiedades sensi-

bles de los objetos y el aparato psico-cerebral que es él de las ideas o intelectual. Para Briquet, que no da ninguna importancia a la inteligencia, en este caso lo que atañe al elemento afectivo, es lo que domina en la predisposición a la historia: "*la predisposición, no reside en la parte intelectual del sistema nervioso*".

6. Expresa dudas sobre la opinión de varios autores de que la historia es mas frecuente en los países de clima caluroso citando otros que la han observado con gran frecuencia en países fríos e incluso polares.

7. En cuanto a la opinión que hace de la historia una enfermedad de mujeres ricas, el estudio de sus centenares de casos clínicos le hace concluir que su frecuencia "*esta en regla general en relación con el grado de sufrimiento que la condición social en que viven les hace soportar*"(3 p.109).

8. Tampoco comparte la idea que sea la historia mas frecuente en las mujeres criadas en la ciudad o de manera demasiado blanda. La tercera parte de las enfermas que trató Briquet había sufrido de malos tratos en la infancia, o había sido "educadas muy duramente o con grandes privaciones"(P;112). Esto podría ser unos de los criterios que habría que incluir en la categorización eventual de un Síndrome de Briquet.

9. Así mismo asegura que la alimentación no predispone a la historia sino por su insuficiencia. (p.115).

10. La influencia de las pasiones o afeciones morales sobre la predisposición a la historia confirma lo que acaba de decir ya que coloca entre ellas en primer lugar: "*los malos tratos en la infancia o los sufridos por las mujeres por parte de sus maridos*"(p.116).

11. La influencia de las profesiones le lleva a hablar de la conducta sexual al comparar de manera sorprendente desde este punto de vista las monjas, las criadas y las prostitutas. Diferencia para las monjas las ordenes que llevan una vida activa como las Hermanas de la Caridad y entre las que no se observan manifestaciones histéricas, a pesar de su continencia sexual, y las de clausura en las que se ha descrito epidemias de histeria colectiva. En las criadas muy expuestas a relaciones sexuales no deseadas e incluso a enfermedades venéreas es frecuente la histeria por los motivos ya indicados. Briquet examina, además de las enfermas tratadas en su servicio de La Charité, 197 prostitutas en el hospicio de Saint-Lazare donde se llevaban a las que sufrían de sífilis y comprueba que la mitad de ellas sufren también de histeria: *"la miseria, las vigilias, los abusos alcohólicos el temor continuo a las exigencias de la policía, los malos tratos por parte de sus parejas, la secuestro por sus enfermedades venéreas, los celos y las pasiones que las animan, explican esta frecuencia"*.

12. Briquet estudia muy largamente la predisposición debida a la continencia sexual así como la relacionada con la menstruación, sobre todo porque esta ha sido la opinión compartida por los médicos y el público durante siglos, lo que justifica lo detallado de esta discusión.

En el segundo capítulo que trata de las causas determinantes Briquet después de analizar 591 historias clínicas indica que son, por este orden de importancia:

- las penas en el matrimonio y en la familia.
- la interrupción brutal de la menstruación.
- un espanto como la vista inopinada de un cadáver, una pelea.

- las contrariedades debidas a los conflictos familiares, un embarazo no deseado, etc.
- las emociones fuertes como la pérdida de un ser querido, la llegada de noticias desagradables, sorpresas.
- el debilitamiento por enfermedad física, por lactancia.
- la morriña de estar separada de la familia para servir de criada o trabajar de obrera en Paris.
- las penas de corazón.
- las pérdidas económicas.
- el cansancio por aburrimiento o por exceso de trabajo.
- y por ultimo la vista de personas con ataques de histeria o de epilepsia.

Briquet intenta ver si existe una diferencia en estas causas determinantes entre las formas de histeria que empiezan con un ataque y las que se desarrollan paulatinamente. También busca si existe entre las que se han iniciado en la infancia, antes o alrededor de 12 años y las que lo han hecho después de 20,30,40,50 o 60 años.

"Todas las causas determinantes van a poner en acción directa o indirectamente la parte del encéfalo reservada a las sensaciones afectivas sobre la cual pesan todo lo que determinan las pasiones" (p.192).

Sobre todo cuando esta parte afectiva del encéfalo ha sido durante mucho tiempo el centro de sensaciones penosas, las reacciones que nacen de ella acaban perdiendo su regularidad; el encéfalo, incapaz de dirigir las acciones que ponen en juego se producen automáticamente y sin que lo sepa la conciencia *"à l'insu de la consciente"*(p.193). Subrayo esta frase porque es ejemplar de que en la medicina psicológica francesa de mediados del siglo XIX **"automático es sinónimo de "inconsciente"**. En este sentido es

preciso recordar que el título de la tesis de filosofía de Pierre Janet será en 1889 *L'Automatisme psychologique. Essai sur les formes inférieures de l'activité psychique* y todavía más tarde Clérambault hablará del automatismo mental.

LA SINTOMATOLOGÍA DE LA HISTERIA

En la segunda parte que trata de la sintomatología Briquet estudia las crisis y piensa que estas, en vez de traducir un desorden completo deben desarrollarse según un orden que hay que descubrir. Charcot tendrá en cuenta este punto.

Entre las manifestaciones psíquicas, Briquet estudia especialmente el éxtasis, la letargia, el sonambulismo, los ataques de delirio, utilizando además de las historias clínicas recogidas en su servicio la de otros autores que le parecen válidas. Parece buscar, sin encontrarla, la explicación de como el funcionamiento del encéfalo, del que no sabe nada, puede producir estas manifestaciones, que en nuestros días y después del episodio de la utilización del hipnotismo como método de exploración de los fenómenos subconscientes por la escuela de La Salpêtrière, atribuimos a disoluciones de la conciencia.

LA EVOLUCIÓN DE LA HISTERIA

En la tercera parte describe con mucho detalle la evolución a partir de las historias clínicas recogidas en La Charité dando mucha importancia a las complicaciones y a las formas terminales.

Aunque la histeria no evoluciona nunca hacia la alienación o la ninfomanía, que debían ser la evolución más temida, pocas

veces cura completa y rápidamente. La histeria, cuando ha durado cierto tiempo se convierte en una enfermedad de la constitución, aquí diríamos también en nuestros días de la personalidad. Para Briquet hay que tener por fábulas las pretendidas *"curaciones rápidas"*. Muchos autores consideran como curación la suspensión de los síntomas o la curación de los ataques.

Insiste en un punto que le parece ha llamado muy poco la atención de los estudiosos: la influencia de la imaginación y de la voluntad sobre el curso de los fenómenos histéricos. Esto le lleva a estudiar el problema de las curas milagrosas estudiado en su tesis por uno de sus antiguos residentes, Besançon (Vemos con este ejemplo y otros que se había formado antes de la escuela de La Salpêtrière una escuela anterior en La Charité). Insiste en la influencia que tienen en la evolución de la histeria la imaginación y la voluntad y es el sentimiento religioso quien más los desarrolla: *"sin pretender que todos los casos de curas que se han cualificado de milagrosas sean casos de histeria ya que los hechos que ha podido conocer no se lo permiten "concluye "pero son los mas frecuentes" (p.313).*

A propósito de la propagación de la histeria insiste Briquet de nuevo en el papel que desarrolla la imitación en la aparición de los fenómenos.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Briquet recuerda la opinión de Sydenham de que la histeria imita casi todas las enfermedades que puede padecer el ser humano. Si embargo piensa, en contra de los que opinan que no se puede hacer su diagnóstico sino eliminando las demás enfermedades, que existen signos característicos de lo que llama *"estado histérico"*.

Proporciona el listado siguiente:

- 1°. Se trata de personas impresionables desde la infancia.
- 2°. Sienten ante toda emoción un malestar con estrangulación de la garganta.
- 3°. Sufren de una o varias hiperestésias: epigástrica, a nivel del costado izquierdo.
- 4°. Tienen convulsiones o parálisis, sobre todo del lado derecho.
- 5°. Influyen en la evolución las afecciones.
- 6°. Existe una inestabilidad de estos trastornos.
- 7°. Hay emisión repentina de orina clara y abundante.

Esta lista da una mezcla de síntomas físicos y morales, diríamos ahora somáticos y psíquicos. Algunos de ellos han sido recogidos posteriormente cuando se han descrito otras entidades como la neurosis de angustia por Freud en 1895 o los llamados ataques de pánico.

La parte del tratado que estudia el curso de la histeria concluye con un importante capítulo sobre su origen y su naturaleza.

EL ORIGEN Y LA NATURALEZA DE LA HISTERIA

Briquet empieza por exponer de nuevo las opiniones de los que desde la antigüedad han situado la sede de la histeria en la matriz, hasta los que a fines del siglo XVIII, principios del XX, empezaron a situarla en los nervios sin poder precisar en que parte. De lo que ha expuesto en los capítulos anteriores de su tratado concluye que:

“se puede considerar la histeria como el producto del sufrimiento de la porción de encéfalo destinada a recibir las impresiones afectivas y las emociones. Se traduce exteriormente

este sufrimiento provocado por causas contrarias a la economía [animal], por los fenómenos propios a la manifestación de distintos géneros de sufrimiento, físico o moral, y son estos fenómenos los que constituyen el carácter de la histeria.

Como la anatomía patológica no ha comprobado todavía la existencia de alguna huella material de este sufrimiento del encéfalo, podemos decir que la histeria es una enfermedad que consiste en una neurosis de la porción del encéfalo destinada a recibir las impresiones afectivas y las emociones.” (p.601)

Con esta nueva definición de la histeria dada por Briquet que justificaría que se cambiase la denominación de la enfermedad, vemos también aparecer el nuevo sentido de “neurosis” que va a designar desde entonces hasta su desaparición en el DSM-III a fines del siglo veinte una enfermedad del sistema nervioso sin lesión anatomopatológica como las llamadas después de la descripción por Charcot de estas lesiones en la mayoría de ellas “neurológicas.”

DE BRIQUET A CHARCOT

Jean-Martin Charcot (1825-1893) era residente en La Charité cuando Briquet empezó a recoger historias clínicas de enfermedades histéricas y fue uno de los catorce que le ayudaron en esta ardua tarea. Conocía y apreciaba el tratado de Briquet del que se ha conservado su ejemplar personal anotado de su mano.

En la décima de sus *Leçons cliniques sur les Maladies du Système Nerveux* (8) sobre la hemianestesia histérica hablando de la compresión metódica de la región ovárica escribe:

“Monsieur Briquet niega la realidad de los efectos de esta compresión. No puedo

compartir su juicio y esto me lleva a hacer un comentario general sobre el libro de Monsieur Briquet. Es un libro excelente, fruto de una minuciosa observación, de una labor paciente, pero puede ser que tenga un lado débil: todo lo que toca al ovario y al útero esta tratado con una disposición de espíritu sorprendente de parte de un medico. Es una especie de pudibundez, de sentimentalismo. Parece que cuando se enfrenta con estas cuestiones le domina una sola preocupación. Queriendo hacer depender todo del ovario y del útero, dice por ejemplo en algún lugar; se hace de la histeria una enfermedad de la lubricidad, una afección vergonzosa, propia a hacer de las histéricas objetos de asco y de compasión.” (p.26).

Pero, aparte de que no hayamos encontrado en que lugar del tratado figura esta frase que Charcot atribuye a Briquet, no pensamos que sea por pudibundez por lo que este ultimo, se preocupa de la vida sexual de sus enfermas, y niega que el origen de la histeria este en la matriz, sino porque la observación clínica demuestra que no es así.

En opinión de los últimos biógrafos de Charcot este *“acerca una de otra, dos corrientes de la literatura-el primero la histeria masculina, considerada por Briquet como autores anteriores como una desviación inhabitual de la histeria femenina, y el segundo la neurosis traumática que no se asociaba en general a la histeria para llegar a una teoría nueva: la histeria traumática masculina”* (9 p.180).

Para H.F.Ellenberger, en la nota necrológica [de Charcot] que redacta mas tarde Freud, este le atribuye un gran parte de las ideas que venían en realidad de Briquet “(4 p.767) pero personalmente no nos parece que sea así y que aparte la existencia de la histeria masculina, Freud en esa nota, habla

de la obra de Charcot y de la escuela de La Salpêtrière (Janet, Breuer) y de la escuela de Nancy (Liébault y Bernheim) como anunciadoras de las investigaciones sobre la histeria que el mismo va a emprender después de 1893. (10).

DESPUÉS DE CHARCOT

Después de la muerte de Charcot los historiadores de la psiquiatría van a hablar en lo que se refiere a la histeria sobre todo de la controversia entre Janet y Freud sobre el mecanismo específico de la histeria: disociación para el primero represión (Verdrängung)/conversión para el segundo. En su reciente Tesis Doctoral Águeda Rojo Pantoja ha presentado la historia conceptual de esta disociación fin-de-siècle (11). Pasamos según la distinción hecha por Gorges Lanteri-Laura del paradigma de la definición de la enfermedad, exclusivamente por la clínica, a la definición por un mecanismo psicopatológico propio específico. Como en el *Traité Briquet* se apoya exclusivamente en la clínica va a convertirse en una obra anticuada y el nombre de su autor desaparece de la historia. No lo encontramos ni en la de Gregory Zilborg, ni en la de Franz Alexander, ni tampoco, lo que es mucho mas sorprendente, en la *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (12) de Postel y Quételet. Lo incomprendible es que estos expongan en un capitulo “como se comprende que gracias a la observación clínica la histeria se ha convertido al final del siglo XX en una enfermedad mental“ en donde solo citan a sir Benjamin Brodie (1783-1862) por su libro *Lectures illustratives of certain local nervous affections* (1837) en que el cirujano de la familia real inglesa llama la atención sobre el peligro de operar sin necesidad, enfermos que se quejan de dolencias físicas y los artículos sobre distintos fenómenos histéricos (tos, anestesia, anorexia, histero-epilepsia) publicados por Lasègue (1816-1835) poste-

riormente al tratado de Briquet que su colega en la academia de medicina no podía ignorar. Solo en el diccionario biográfico, apéndice de esta historia, Pierre Morel dedica una nota à Paul (sic) Briquet donde señala que: "hace pocos años algunos autores americanos han propuesto bautizar de nuevo "Briquet's Disease" "una afección que fue uno de los primeros en estudiar sin prejuicios" (12 p.596). Posteriormente cuando publicó su diccionario como obra autónoma, Pierre Morel rectificó su error y tuvo incluso la amabilidad de enviarme una copia de la partida de nacimiento de Pierre Briquet para confirmarme que tal era su verdadero nombre.(13). Lo que explica esta confusión es que la tesis o los trabajos de este están solo firmados con la inicial P. Puede ser que quisiera evitar las burlas que debió sufrir, de sus compañeros en el colegio, llamándolo "pierre à Briquet" (piedra de mechero).

EL REDESCUBRIMIENTO DEL SÍNDROME

Pierre Pichot en una breve nota de *Un siècle de psychiatrie* indica como en los Estados Unidos se volvió a descubrir de nuevo a Briquet:

"su descripción empírica explican a la vez su eclipse y su redescubrimiento por la escuela de Saint-Louis: en 1951 Purtell, Robins y Cohen opusieron la obra de Briquet "a las teorías o complejos no demostrados " de Janet y de Freud, y Guze emprendió la definición operacional, sobre este modelo, del cuadro nosológico. La adopción de la denominación "Briquet's Syndrome" en la nomenclatura oficial norte-americana ("somatizacion disorder" en el DSM-III) ha concretizado esta rehabilitación"(14 p.68).

Podemos pensar que es la imposibilidad de escoger entre dos teorías lo que ha lleva-

do por la ideología mas anti-teórica que ateorica de este manual, a escoger una concepción aparentemente mas neutral porque el *Traité* tambien contiene una teoría, la que asegura que la comparación de historias clínicas individuales nos permite definir conceptualmente una enfermedad.

En 1962 Perley y Guze publicaron un estudio cuantitativo de los criterios clínicos de la histeria a partir de las historias de 39 enfermos seguidos entre seis y nueve años (15). Posteriormente Guze y otros, hicieron la propuesta de incluir estos criterios en la categoría diagnostica "Somatizacion Disorder" del DSM-III entonces en preparación (16).

Del "Somatizacion Disorder" dice esta edición que corresponde históricamente a la histeria o Síndrome de Briquet lo que parece indicar que cubre la totalidad de los fenómenos tanto morales como físicos descritos en el *Traité*.

Pero el abandono del concepto de neurosis hizo que los fenómenos llamados histéricos, denominación que denunciaban grupos de presión, se repartieron estadísticamente entre varias categorías diagnosticas:

- los psíquicos en la de los "Dissociative Disorders"300, que corresponde como ya lo hemos dicho en varios artículos publicados tanto en castellano como en francés (17) a la teoría de la disociación que permitía a Janet explicar su psicopatología aunque el manual no lo diga explícitamente. En el *Traité* Briquet los estudia con todo detalle ya que constituyen un argumento mayor en favor de la localización en una parte del encéfalo, la que rige las emociones y lo afectivo, de las neurosis.

- y los fenómenos físicos en la categoría de los “Somatoform Disorders”, ella misma dividida en dos, 300.81 “Somatization” y 300.1 “Conversion Disorder” correspondiendo en parte esta segunda sub categoría a la teoría de Freud sin que tampoco sea dicho

El DSM-IV nos dice del “Briquet’s syndrom” que: “*es un trastorno poli sintomático que empieza antes de los treinta años, que tiene una evolución de varios años, y que se caracteriza por una combinación de dolor, de síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudo neurológicos*” (18). Corresponde por lo tanto a parte de los criterios utilizados por Briquet (edad, duración) pero aísla en un síndrome, limitando una pequeña parte de la extensa sintomatología estudiada en el *Traité*. Recuerda al libro de sir Benjamin Brodie advirtiendo del peligro de interpretar estos síntomas físicos como signos de enfermedades somáticas.

EL SÍNDROME DE BRIQUET EN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

No logramos entender cuales han sido los criterios taxonómicos utilizados en la CIE.10 con respecto al Síndrome de Briquet. Como es sabido la clasificación internacional ha conservado las categorías Trastornos Neuróticos, dándoles incluso una extensión importante ya que cubren las categorías F.40 a F.48.

La categoría F.44 corresponde a los trastornos disociativos con la precisión F 44.8: Otros trastornos disociativos [de conversión].

La categoría F 45 ha tomado del DSM la denominación Trastornos somatoformes e incluye F45.1 Somatización. Pero no aparece aquí el Síndrome de Briquet sino en la categoría F48 Otros trastornos neuróticos en F48.8

Otros trastornos neuróticos especificados con la definición: “*trastornos mixtos de la conducta de las emociones y de las creencias, observados con frecuencia en ciertas culturas, pero cuya etiología y posición nosológica siguen siendo inciertas*”. Da como ejemplos los Síndromes de Dhat, de Koro y de Latah que efectivamente corresponden a áreas culturales muy marcadas, que por cierto no se indican en la CIE.10. Y nos interrogamos sobre cual será la cultura en que se observa con frecuencia el síndrome de Briquet. No hemos encontrado estudios de etnopsiquiatria o de psiquiatria transcultural que traten de él.

Cuando a petición de la Asociación Mundial de Psiquiatria inauguramos la serie de antologías de textos clásicos traducidos al ingles de las distintas escuelas, escogimos para la *Anthology of French Language Psychiatric Texts* (17) los extractos del *Traité* que permitieron a Briquet definir la histeria como una neurosis encefálica acompañándolos de una corta nota biográfica.

Los tratados de psiquiatria recientes mencionan la importancia de la obra para la historia de la histeria (18). A Rey Gonzalez y L.Livianos Aldana, en su *Diccionario de epónimos* (6) dedican, como hemos dicho anteriormente, cuatro entradas a Briquet tratando en una su vida, en otra el síndrome, dando como mayor referencia el *Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie*, en la tercera el síntoma que ha dejado mas huella en la memoria de los médicos, la pseudo ataxia o ataxia histerica y por ultimo el nombre equivocado.

Las indicaciones bibliográficas que dan para cada una de ellas indican que hay múltiples visiones pero fragmentadas de la vida y de la obra de Pierre Briquet y de la importancia de esta en la historia de la histeria, que hemos intentado presentar en estas paginas de manera mas global.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Veith I.** "Hysteria: the history of a disease" . University of Chicago. Chicago.1999.
- (2) **Trillat E.** Histoire de l'hystérie. Seghers. Paris.1986;
- (3) **Briquet P.** Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie . J.B. Baillières et fils. Paris:1859.
- (4) **Briquet P.** De la prédisposition à l'hystérie. Bulletin de l'Académie de médecine , pp 1135-1153. 1885
- (5) **Ellenberger H.F.** The Discovery of the Unconscious.The History and Evolution of Dynamic Psychiatry (1970). Traducción francesa (2ª edición). Histoire de la découverte de l'inconscient. Paris: Fayard; 1994. Traducción española: El descubrimiento del inconsciente (1970/1976). Madrid.Editorial Gredos.
- (6) **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual; Third edition. Washington;1980.
- (7) **Rey González, A. Livianos Aldana, L.** La Psiquiatría y sus Nombres. Diccionario de epónimos. Madrid. Editorial Medica Panamericana.2000.
- (8) **Cerise L.** Des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, physique et morale. Paris.
- (9) **Charcot J.M:** De l'hémianesthésie hystérique. 10 ème Leçon sur les maladies du système nerveux .Oeuvres complètes,T.I.,pp 300-319, en J.M. Charcot; L'hystérie.Textes choisis et présentés par E.Trillat Rhadamanthe.Toulouse;197.
- (10) **Goetz C. G.,Bonduelle M,Gelfand T.** Charcot, constructing Neurology, Oxford University Press,1995; version francesa: Charcot, un grand médecin dans son siècle: Paris:Michalon Gelfand T. Charcot, 11
- (11) **Freud S.** Charcot. 1893. en Obras completas. .vol I.(pp 17-.23) Madrid: Biblioteca nueva;1948.
- (12) **Rojo Pantoja A.** El concepto "disociación" en el fin-de-siècle P. Janet y S.Freud. Tesis doctoral.Universidad Complutense de Madrid.2005
- (13) **Postel J. et Quételet C.** Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Privat;1983.
- (14) **Morel P.** Dictionnaire biographique de psychiatrie. Le Plessis-Robinson. Les empêcheurs de penser en rond. 1996.
- (15) **Pichot P.** Un siècle de psychiatrie. Paris: Roche.1983.
- (16) **Perley M.J. and Guze S.B.** Hysteria-The stability and usefulness of clinical criteria.A quantitative study based on a follow-up period of six to eight years in 39 patients.New England Journal of Medicine,162,421-6.
- (17) **Woodruff R.A.,Goodwin D.W.,and Guze S.B** Psychiatric Diagnosis.New York:Oxford University Press ;1974.
- (18) **Garrabé J.** Taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. L'Evolution Psychiatrique,1999,64,4,717-726.
- (19) **DSM-IV.** American Psychiatric association Washington.1994.
- (20).**Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies.Dixième révision. Chapitre V (F):**Troubles mentaux et du Comportement. Paris:Masson;1993;
- (21).**Pierre Briquet.** Clinical and Therapeutic Treatise on Hysteria. en Anthology of French Language Psychiatric Texts edited by F.R.Cousin,J.Garrabé,D.Morozov. Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de penser en rond.1999.
- (22) **Pink F.5.2.3.** Somatization disorder and related disorder Vol.2 p.1080-1087. New Oxford Textbook of Psychiatry edited by M.G.Gelder,J.J. Lopez-Ibor Junior,N.Andreasen. Oxford University Press.2000.

Dirección para correspondencia:

Jean Garrabé

Psiquiatra

7 Place Pinel

75013 Paris

Histeria masculina: El síndrome del amor oscuro

Male hysteria: The shady love syndrome

Tiburcio Angosto Saura

Psiquiatra. Jefe de Servicio

Hospital Nicolas Peña

Vigo (Pontevedra-España)

RESUMEN

La histeria masculina es una entidad diferenciada de la histeria femenina aunque compartan algunos síntomas. Se realiza una introducción histórica del término del cual se tienen noticias desde al menos el SVI. Se establecen las características y la descripción de un síndrome "El amor oscuro" en el cual se podrían enmarcar algunos pacientes varones que visitan con frecuencia los servicios de urgencias.

Palabras clave; *Histeria masculina, histeria femenina, "el amor oscuro"*

INTRODUCCIÓN

A pesar de que comparto la idea de L. Israel sobre que **la histeria siempre es femenina**¹, aunque el diagnóstico repose sobre un varón, también es cierto que la Histeria Masculina (HM) tiene unas características ligeramente diferentes a las de la Histeria Femenina (HF), las cuales van a ser el motivo de este artículo, además de tratar de exponer lo que nos parece un nuevo síndrome: **El amor oscuro**.

En nuestra opinión la Histeria es, a pesar de todo, una **entidad no siempre desprestigiada**, o al menos no vergonzante, sobre todo en el S.XIX. Recordemos las heroínas

ABSTRACT

Masculine hysteria is differentiated from feminine hysteria although they share some symptoms. We present an historical introduction to a concept that has been quoted at least since the XVI century. We present the characteristics and the description of the syndrome of "dark love", that could fit with some male patients who visit emergency services regularly.

Key Word: *Masculine hysteria. Feminine hysteria, "the dark love"*

de novelas como La Regenta, M Bovary o Effie Briest etc, cuya sintomatología histérica es utilizada como una forma de expresión/rebelión cuando aparecen los conflictos entre su deseo y la realidad posible, y recordemos los comentarios de comprensión del conflicto que; Clarín, Flaubert o Fontane, hacen decir a algunos personajes que las rodean. Pero tampoco es menos cierto que desde mediados el S.XX el término histérico/a se acaba utilizando como insulto a alguien que acaba perdiendo el control de sus emociones. En nuestro modo de ver, la vulgarización de este apelativo apareció a raíz de los fenómenos de masas que simulaban lo que en los casos individuales era la expresión de un conflicto.

1 Lucien Israel: *En la escuela de Mina*, en La escucha, la histeria. Ed Paidós. B Aires. 1984.pag 275

La HM también estaba prestigiada, pero siempre que quedase clara la diferencia con la histeria en la mujer, en lo que se refiere a las motivaciones, con el fin de evitar lo que podríamos llamar el **igualitarismo**. Un hombre, a lo largo de la historia, no podía ser igual a una mujer ni siquiera en la forma de enfermar. Dado que la mayoría de los que practicaban la medicina eran hombres, la falta de casos diagnosticados tuvo que ver más con las resistencias a este igualitarismo que con otros aspectos. Afortunadamente ha habido casos de médicos, a lo largo de la historia de la medicina, que han llevado a cabo este diagnóstico sin importarle demasiado aquellos prejuicios. Se sabe además que los pacientes tampoco ponían demasiadas objeciones al diagnóstico de HM.

Así pues lo largo de la historia de la medicina, la HM ha estado presente, pero diferenciada en su causalidad de la HF. La primera ha sido utilizada en algunas ocasiones como desafío para mostrar una supuesta ignorancia de los otros, como en el caso de Freud que relataremos más adelante.

HISTORIA

En el contexto de la historia de la medicina, la histeria había sido considerada como una extraña enfermedad, con síntomas incoherentes y de difícil comprensión, pero a comienzos del S.XVI ya se sabía que era una enfermedad cerebral y que también se podía producir ocasionalmente en el hombre². Veamos algunos casos relatados.

En el S.XVII Sydenham³ (1624-1689) relata varios casos de hombres afectados de his-

teria a los cuales recomienda medidas higiénicas con el fin de superar sus dolencias. Formador de la nosología moderna. Consideró que la histeria se producía por la **ataxia de los espíritus**, es decir, la consideraba como un problema nervioso, no aceptando la teoría uterina, vigente hasta entonces. Considera la histeria como una enfermedad crónica *“que constituye la mitad de las enfermedades crónicas”*. Para Sydenham la histeria afecta más frecuentemente a mujeres que no tienen una vida dura y laboriosa y a los hombres que están más **dedicados al estudio y son sedentarios**. Realmente consideraba la hipocondría como la histeria en el hombre. Para este autor la histeria, es *“un desorden o movimiento irregular de los espíritus animales”* que se produce en personas con espíritus demasiado débiles.

En su tratado inconcluso sobre las enfermedades crónicas presenta varias patologías de histeria entre ellas la de un prelado *“celebrísimo por su prudencia y erudición.... que se entregó con intemperancia al estudio”* y se vio afectado de hipocondría con malas digestiones. Sydenham le recomienda la equitación como método de curación. Otro caso de HM es el de *“un hombre tan noble de estirpe como de espíritu que padeciendo fiebre le hicieron una sangría y le impidieron comer carne”*. Sydenham se sienta con el paciente a conversar, se emociona y llora. Descubre su afligimiento por el proceso morboso pasado y sobre todo por la inanición. Le retira la prohibición de carne, le recomienda que beba vino y el paciente se cura.

Lain Entralgo⁴ al analizar los relatos clínicos que Sydenham publica, refiere que

2 El descubrimiento del inconsciente. H.F Ellemberger. 1976, pag 173

3 “Dissertatio epistolaris ad Guilielmum Cole, de observationibus iruperis circa curationem variolarum confluentium nec affectione hysterica”, en Opera omnia (edition novissima), fragmentos Typographia Bellooniarum, Venecia, 1735. en Las Histerias de J Saurí (comp) Ed Nueva Visión Psicopatología. B.A, 1975.

4 La historia clínica. P. Lain Entralgo. Ed Triacastela, Madrid.1998, pag 175

en ellos el individuo aparece biológicamente en las enfermedades agudas, como la fiebre, pero en las enfermedades crónicas, como la histeria, el sujeto se muestra biográficamente. En general lo más interesante para lo que nos ocupa, de este autor, es que los casos que nos muestra de histeria son hombres.

De esta forma no se puede seguir manteniendo que, como sugieren algunos autores, que la HM fuese un descubrimiento de Briquet (1796-1881), ni siquiera de Charcot (1825-1893). El primero realiza el que se considera el primer estudio sistemático y objetivo de la histeria durante su estancia como responsable en el departamento donde eran ingresados todos los pacientes con diagnóstico de histeria del Hospital de *La Charité* de París. Resultados expuestos en su *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1859). En él refiere, entre otros aspectos, que había un **caso de histeria en el hombre por cada 20 en las mujeres** es decir el 5% y refutó la idea de que los deseos eróticos o sus frustraciones fueran causa de la enfermedad histérica (no se da apenas en las monjas que llevan una vida activa y si en las prostitutas)⁵.

Charcot mantuvo unas posiciones parecidas, respecto a la HM; luchó para que se aceptara que no solo los “los jóvenes afeminados” podían padecer histeria sino también los fogoneros, toneleros⁶, etc... Para Charcot los hombres podían padecer histeria exactamente igual que las mujeres con iguales características (1885):

- Siendo o no traumática.
- Teniendo o sin tener herencia.
- Con síntomas duraderos o variables.

Realmente lo que si hicieron estos autores fue **acreditar** la existencia de la HM de una forma definitiva dentro del campo de la ciencia médica de entonces. De hecho el caso más importante que Charcot publica dentro de las histerias traumáticas es el de un hombre al que llama Rig : *Se trata de Varón que lleva un año ingresado en La Salpêtrière, con antecedentes familiares de enfermedad mental. Años antes de ser visto por Charcot se corta con una navaja de afeitar en un brazo accidentalmente presentando síntomas leves de histeria. De profesión tonelero, tiene un accidente con un tonel que casi lo aplasta pero no le causa daño alguno. Desde entonces presenta crisis hístico-epilépticas mixtas, anestias cegueras episódicas y alucinaciones hipnagógicas.*

El Dr J.M Esquerdo (1842-1912) contemporáneo de Charcot publica entre 1889-1890 en la Revista Clínica de los Hospitales, de la que era director, y en los primeros tres números, una serie de artículos dedicados a la Locura histérica, debido a que “*tiene tal importancia dentro de la frenopatía que solo cede el primer lugar a la PGP de los enajenados*”. En estos artículos en los que en general hace reflexiones sobre la histeria tales como “*el histérico ama y ansía ser estimado*”. Avisa sobre la necesidad de no caer en errores fundamentales del concepto como creer que es “*una enfermedad propia de la mujer*” y hace una importante referencia a la conducta y los desencadenantes de las crisis histéricas, hablando que “*aunque no tiene forma determinante; las afectan todas en los diferentes individuos y aún recorre muchas en un enfermo dado*”. Pero lo que más nos interesa de estos artículos es el caso principal que expone: Locura histérica, que

5 El descubrimiento del inconsciente. HF Ellemberger. Ed Gredos.Madrid.1976 pag 174

6 Lecciones sobre la histeria traumática.JM Charcot. Ed Nieva. Madrid.1989, pag 37

Esquerdo llama, tipo maniaco: “*Se trata de un joven y distinguido Médico castellano que ingresó en nuestro Manicomio a fines del pasado Mayo; fue nuestro discípulo y ayudante en las salas del Hospital general*”. Dice de que nada hacía presagiar su enfermedad salvo “*la emocionalidad y en alguna que otra e intensa cefalalgia*” así como ciertas características seductoras de su personalidad. El hecho es que este buen médico una vez que obtiene su plaza en propiedad y después de una serie de avatares, “*disgustos domésticos y excesivo trabajo profesional concurren a enloquecerlo*” con una crisis de “*paroxismo convulsivo...delirios, desvanecimientos, agitación, tendencias agresivas, etc*” que provocan su internamiento tanto en su sanatorio privado, como en el manicomio, donde acaba curando cuatro meses después. Esquerdo, aparte de las medicaciones propias de la época, utiliza en su tratamiento, una técnica más psicagógica que psicoterapéutica, muy rudimentaria, y basada en el ascendiente que tenía sobre él dada su pasada vinculación como profesor del paciente.

Aunque se pueda discutir el diagnóstico a la luz de las clasificaciones actuales, no hay duda de que a lo largo de los tres artículos, Esquerdo tiene la convicción de que la HM existe, reprochando a los ignorantes que no lo crean así.

Hay un hecho que forma parte de lo que yo llamo *heroificación legendaria* de Freud y que él mismo abonó en su autobiografía. Cuando vuelve de su estancia en París junto a Charcot y presenta el 15 de octubre de 1886 un caso de histeria masculina en la Sociedad Imperial de Médicos. Según algu-

nos de sus biógrafos y las referencias que el mismo hace en su autobiografía, en esta conocida reunión le rechazaron la presentación con gran escándalo, ya que el caso era el de un hombre histérico, reprochándole alguno de los médicos presentes el diagnóstico de HM ya que los hombres no tienen útero. Realmente no fue así tal y como investigó Ellemberger⁷.

En la segunda mitad del S.XIX habían aumentado la frecuencia de los diagnósticos de HM, pero fundamentalmente debido a los cuadros postraumáticos aparecidos después de los accidentes de ferrocarril y la presión de las compañías de seguros por los litigios de los afectados. Muchos de estos cuadros fueron catalogados de alteraciones funcionales, al no tener lesiones neurológicas, y que rápidamente los peritos denominaron histéricas⁸ por similitud con la simulación histérica. Dado que muchos de los accidentados eran hombres el término HM fue aceptado y consolidado. Charcot fue uno de los primeros que aceptó este tipo de HM. Sin embargo en el mundo germano no se aceptaba que estos cuadros funcionales fueran cuadros de histeria. Es decir se aceptaba desde hacía mucho tiempo la HM pero no que los cuadros postraumáticos lo fueran (parálisis, etc) y esto fue lo que le criticaron a Freud, entre otros aspectos, como que en las sesiones de la Sociedad Médica Imperial se debían presentar casos originales propios del conferenciante, y por estas razones fue rechazada su presentación. Un mes después Freud presenta un cuadro de HM esta vez si de su propia consulta.

Freud parece que siempre creyó también en la HM pero aparte de aquel caso comen-

7 El descubrimiento del inconsciente. Ed Gredos Pag 499

8 El primero que lo describió fue Page en 1882 : *Injuries of the Spine and Spinal Chord Witout Aparent Mechanical Lesions, and Nervous Shock. 1882*

tado que nunca publicó, no volvió sobre este tema en concreto en ningún otro momento de su obra, aunque si aparecía secuencialmente cuando intentaba explicar las diferencias entre la HM y la HF:

En la vida anímica inconsciente de todos los neuróticos puede comprobarse una tendencia a la inversión y a la fijación de la libido sobre personas del mismo sexo. Sería necesario un profundo y detenido estudio para recoger toda la importancia de este factor en la constitución del cuadro de la enfermedad. Mas, por ahora, nos limitaremos a asegurar que la tendencia inconsciente a la inversión no falta nunca en la histeria masculina y presta los mayores servicios para su explicación. (Tres ensayos para una teoría sexual, 1905)⁹.

...nunca he realizado el psicoanálisis de un hombre o de una mujer sin observar una muy acusada corriente homosexual de esta clase. En mujeres y muchachas histéricas cuya libido dirigida al hombre ha experimentado una sofocación enérgica, por regla general hallamos reforzada vicariamente y aún consciente en parte, la libido dirigida a la mujer.

No seguiré tratando aquí este importante tema, indispensable en particular para la comprensión de la histeria masculina... (Caso Dora, 1905)

Después de esta fecha no hemos encontrado referencias tan explícitas sobre la HM en la obra de Freud, pero parece quedar claro que el creador del psicoanálisis estaba

convencido de la íntima relación entre homosexualidad e HM.

Ernst Kretschmer (1888-1964) en su libro sobre La Histeria¹⁰ utiliza un caso de HM para desarrollar y ampliar sus conceptos de teleobulia e hipobulia, iniciando su caso con estas palabras:

En la penumbra de mi gabinete terapéutico, rodeado de toda clase de instrumentos fantásticos, yace sobre la mesa de curas un histérico inveterado. Llegó anteayer por la noche. Antiguo ordenanza de un oficial, su aspecto es cortés y su fisonomía abierta y agradable. Apoyado sobre dos bastones, se arrastraba tembloroso y sus piernas rígidas y encogidas daban a su marcha un carácter grotesco e indescriptible. Deseaba ser curado y lo solicitaba con absoluta seriedad.

Sitúa los síntomas histéricos de su paciente como un problema de la voluntad o mejor de dos clases diferentes de voluntades; una de ellas por la que desea curarse o teleobulia, firmemente encaminada al fin de la curación y otra voluntad que actúa como un cuerpo extraño, que se sitúa entre la teleobulia y los actos reflejos, que tiene en un grado inferior ontogenético y filogenético de la primera por lo que la llama hipobulia que tiene como características la sumisión a estímulos primitivos, ordenación grosera antagónica e importante desproporción entre estímulo y reacción¹¹

Así pues, autores importantes a lo largo de la historia de la psiquiatría han considerado la existencia de la HM aportando casos de su propia actividad clínica.

9 Como se sabe este texto tuvo varias reediciones y aunque Freud siempre hizo un nuevo prólogo explicativo apenas modificó el texto y por lo tanto este párrafo.

10 La histeria. E. Kretschmer. Revista de Occidente, Madrid. 1928. (Traducción de José M Sacristán)

11 Idem 9, pag 159

CARACTERÍSTICAS DE LA HM

Estadística

De un estudio¹² que hicimos entre (1976-1986) con 180 pacientes histéricos solamente el 15% eran varones.

Una estadística reciente sacada del CMBD en la que se estudian 260 casos de pacientes ingresados con algún tipo de diagnóstico relacionado con la histeria, en tres hospitales del área sanitaria de Vigo y en los últimos 5 años, solamente el 16,5% de los pacientes son varones, resultado por otra parte parecido al de hace 15 años, aunque como vemos superior en relación a lo encontrado por Briquet en una muestra parecida hace casi 150 años.

Aunque es una muestra sesgada (solo pacientes ingresados, como la de Briquet) la impresión que tenemos es que este porcentaje es más bajo de lo que se puede observar en las consultas ambulatorias, probablemente porque la HM está escondida bajo otra etiqueta diagnóstica¹³.

Observamos entre otros aspectos que los hombres están más tiempo ingresados que las mujeres pero que la conducta heteroagresiva es más frecuente en los varones que en las mujeres aunque no estadísticamente significativa.

Desencadenantes

Al estudiar las causas que desencadenan las crisis histéricas que provocaban la consulta o el ingreso, observamos que en las mujeres la causa desencadenante era de origen, en su mayoría, desconocida probablemente

porque eran más fieles a su drama interior que los hombres. Pero los problemas sociales son más frecuentemente esgrimidos por los hombres como desencadenante de la crisis así como, sorprendentemente las causas relacionadas con el cuerpo.

En el trabajo reseñado¹⁴ estudiamos las causas desencadenantes que provocaban la consulta o el internamiento de los cuadros histéricos. Encontramos causas socio-familiares, pérdidas afectivas, parto o embarazo, etc y encontramos también causas relacionadas con el cuerpo o la corporalidad que podían ir desde enfermedades somáticas a accidentes laborales pasando por trastornos del esquema corporal en algunos casos incluso obesidad o intervenciones quirúrgicas. Encontramos unos resultados poco esperados como que las causas relacionadas con el cuerpo o la corporalidad afectan el doble a los hombres que a las mujeres en lo referente a lo que va a desencadenar las crisis histéricas.

Síntomas

No hay grandes diferencias con la HF a excepción de que en la historia de la HM nadie ha sugerido hacer la comprensión de la zona testicular con el fin de aliviar las crisis como se hizo con la comprensión ovárica en la HF.

La conversión, la disociación, la psicosis histérica, las crisis se dan por igual tanto en los varones como en las mujeres no obstante tienen algunos matices que queremos reseñar:

En el estudio antes referido de los 5 años curiosamente los pacientes con Dx de histeria en hombres es ligeramente más

12 Formas actuales y presentación de los cuadros histéricos. Tesis Doctoral de Tiburcio Angosto Saura. 1991.

13 L. Israel: La histeria el sexo y su médico. Ed Toray Masson.

14 Idem 10

alto cuando ingresan en unidades de otras especialidades. Este aspecto nos da pie para pensar que la HM esta utilizando un **camuflaje** para presentarse y hacerse más digna.

Es decir para que sea aceptada plenamente la HM esta debe venir arropada por un incidente que le proporcione respetabilidad, El trauma, el cual se invoca como algo respetable, estos pueden ser; accidente de circulación, accidente laboral, neurosis de guerra, SEPT, etc. Por supuesto no queremos decir que las personas que presenten todos estos síndromes sean siempre histéricos, sino que no hay que perder de vista la posibilidad del camuflaje de la HM cuando estemos delante de un varón con este tipo de síntomas.

Las crisis habitualmente nunca son del tipo Charcotianas (*arc en cercle*, etc) sino del tipo lipotimias, mareos, malestar general, etc y a menudo provocados por traumas del tipo suceso familiar o social, contrariedad, abandonos, etc. Estos síntomas esconderán con mucha frecuencia un temor o preocupación inconfesables como manifestación de un conflicto neurótico subyacente.

No suelen ser frecuentes, aunque pueden presentarlos igualmente los síntomas clásicos de parálisis, anestias, alteraciones sensoriales, etc.

Cefaleas, dolores, vertigos, son más frecuentes en los hombres que en las mujeres

Otro síntoma frecuente es **la hipocondría**: neurosis cardiaca, cancerofobia, etc.

Pero el síntoma más frecuente en contraposición de la HF tiene que ver con episodios de **cólera con o sin violencia**. Suele ocurrir cuando el sujeto debe tener en cuenta las necesidades o el deseo de los que les rodean en detrimento de los propios deseos.

La histeria en el hombre tiene más componentes **heterodestructivos** que en la mujer. Probablemente el caso princeps de esta característica sea Adolf Hitler. En las recientes biografías publicadas del dictador nazi, hemos visto como padeció una ceguera histérica, durante la Primera Guerra Mundial, que fue curada mediante psicoterapia sugestiva por un médico llamado Edmund Foster¹⁵ especialista en Histerias de Guerra. Este médico no solo le curó su ceguera sino también transformó las características personales de su paciente. Hitler salió absolutamente cambiado de la terapia en lo que se refiere a su personalidad: mas asertivo, mas radical...pero sobre todo más locuaz y expresivo. Foster utilizaba una técnica tremendamente asertiva y catártica por la cual requería, con extrema vehemencia, a las capacidades viriles y la voluntad del paciente con frases tales como: *"Hace falta que usted tenga una confianza ciega. En ese momento dejará usted de estar ciego!!!!"*. A raíz de este momento Hitler empezó a ver....claro. Pero esta ceguera no fue el único síntoma que tuvo a lo largo de su vida. Posteriormente Hitler tuvo en dos ocasiones, crisis convulsivas localizadas a la altura del brazo izquierdo¹⁶ ante grandes conflictos; después del atentado contra su persona en el cual perdieron la vida muchos de sus acompañantes y también cuando se enteró de la derrota de Stalingrado. El origen psicógeno de estas crisis parece claro¹⁷. Todo

15 Existe una novela en español que relata este proceso: El testigo ocular de Ernst Weiss, escritor de Moravia que conoció a Foster. Estudió en Viena y se suicidó en París cuando la entrada de los nazis

16 Citado por E.From en Anatomía de la destructividad humana.

17 Toda la historia relacionada con Hitler esta recogida del libro de Diane Chauvelot "La historia de la histeria. Ed Alianzaensayo.

parece indicar que estamos ante una histeria destructiva y no como hasta ahora creíamos que se trataba de un paranoico¹⁸.

Respecto a la **conducta**: L. Israel dice que mientras que la HF hace o intenta hacer ver algo, la HM lo que hace ver es, él mismo, es decir no muestra nada sino “**se muestra**”. Siente la necesidad de parecer, de agradar y para ello también utiliza la seducción como fin para ser amado por todo el mundo.

La HF solo necesita ser amada por alguien concreto probablemente idealizado. Mientras que el HM desea ser amado por todo el mundo. Pero los compañeros de quien se solicita el amor no suelen entender ese amor plural y es cuando el HM presenta las crisis al no ser capaz de renunciar a nadie ni a nada es decir su fin es gustar a todos y no únicamente a todas, por ello en su conducta encontramos las siguientes características:

- No desea perder ningún objeto de amor.
- Incapacidad para vincularse a algo o alguien (ya que se pierde a los que no se vinculan).
- Siempre es lo que se abandona lo que es más interesante.
- Desear lo que otros desean.
- Incapacidad para disfrutar lo que se tiene: Este aspecto está enmarcado en la llamada Neurosis de fracaso

SÍNDROME DEL AMOR OSCURO

Desde hace algún tiempo en nuestros servicios de urgencia vemos casos con unas características determinadas, dado que algunos de ellos acaban ingresando en nuestro servicio esto nos permitió una mejor observación.

Suelen ser hombres, visitantes crónicos de los servicios de urgencias, con intentos de autolisis, a los cuales no acabábamos de encontrar una explicación para su extraña conducta. Aparentemente felices, sin problemas económicos y bebedores de fin de semana que una y otra vez aparecían por urgencias llevados por algún familiar o amigo después de intentos de autolisis.

Uno de los casos, el que llamamos *El carpintero religioso* nos proporcionó la explicación y acabamos denominando a este tipo de avatares asistenciales **El Síndrome del amor oscuro** pero queremos hacer observar también que en este caso se condensa la mayoría de lo referido hasta ahora para la HM.

El carpintero religioso

Se trata de un hombre que en el momento que ingresa por primera vez tiene 33 años. Está casado y tiene dos hijos de corta edad. Estaba a tratamiento ambulatorio y es remitido para ingreso por intento autolítico con ingesta de pastillas de una forma inesperada. No toma una cantidad letal (estaba tomando ADT). La esposa descubre que las tomó al día siguiente por la mañana.

En la historia se recoge que 4 años antes habían fallecido sus padres. El padre de demencia y la madre de un infarto, a los cuales el paciente cuidó a lo largo de su enfermedad así como también de una hermana con retraso mental. Su esposa dice que “*era el preferido de su madre y se sintió muy afectado por la muerte de esta*”.

Seis meses antes del ingreso, aunque era bebedor habitual no excesivo, empieza a beber en grandes cantidades, llegando borracho a casa en muchas ocasiones mostrándose

irascibles, irritable, nervioso y poco comunicativo. Suele dormir mal e intranquilo.

La esposa comenta que desde que empezó a beber sus relaciones han ido cada vez peor, hasta llegar a la situación actual en la que se suceden múltiples disputas familiares e intentos de agresión. Hace 4 meses perdió su empleo de carpintero el cual desempeñaba de una forma eficaz y competente.

La esposa lo describe como un hombre raro, dice: *“Yo nunca me metía en sus cosas, el es callado, nunca me cuenta sus cosas”*. *“Siempre se llevó bien con mi madre y ahora no la puede ver”*. La actitud de la esposa en la entrevista es emocionalmente distante hacia el estado de su marido.

La médico de guardia anota: El paciente está cabizbajo, lloroso, dice: *“pienso mucho en quitarme la vida”*, Tiene un tono de voz apagado y quejoso de su situación... *“Nadie me quiere, estoy solo en la vida...mi familia me maltrata, son bruscos conmigo. No me dan cariño. Hace tres meses empecé a beber (2 o 3 litros de vino al día). Me encuentro muy mal, irritable, nervioso, sin padres...no dejo de pensar en el suicidio, no veo otra salida a mi situación. Estaré aquí todo el tiempo que haga falta, quiero curarme”*. El ingreso dura algo más de un mes, durante el cual hace amistades con otros pacientes pero sigue expresando su idea de que de su familia no lo quiere y le impide que se relacione con otras personas como un amigo que suele visitarlo todos los días.

Durante el tiempo que permanece internado tiene diversas crisis: de angustia, intentos de suicidios muy burdos, desvanecimientos públicos, etc. Pasa, de hacer proyectos de vida al margen de su esposa, para pocos días después ambos darse una nueva oportunidad y volver a vivir juntos. Se le diagnostica de al-

coholismo y se marcha de alta, pero acude con frecuencia a urgencias debido a crisis por consumo de alcohol.

Diez días después del alta nuevo ingreso por supuesto intento de suicidio. Lo trae un amigo que lo encontró en la estación de tren diciendo que se quería suicidar y que lo trajeran al hospital. Se había marchado de casa tres días antes, después de una discusión con la esposa, dejando una nota en la que decía que lo buscaran en el Hospital o en la policía. Al día siguiente la llama por teléfono para decirle que está bien pero no le dice donde está. El paciente dice que está cansado de que su familia lo controle por eso se marchó. Asegura que estuvo viviendo en la calle y sin comer lo cual no es creíble por el aspecto físico que presentaba. Dice: *“ayer fue el aniversario de mi boda”*. Está tres días ingresado y solicita el alta a petición propia.

Pocos días después nuevo ingreso, en esta ocasión amenaza, de noche, con un cuchillo a la esposa con el fin de que fuera a dormir con él (estaban durmiendo en camas separadas), la esposa avisa a la policía, el paciente se encierra en el cuarto de baño con el cuchillo y se hace un pequeño corte superficial. Dice que tuvo una pesadilla y quería que alguien estuviera con él en la cama. Ha seguido consumiendo alcohol y a pesar de estar siguiendo una terapia de pareja la situación no mejora.

A los pocos días nuevo ingreso después de gran borrachera y tremenda paliza de sus suegros y su cuñado a los que se une su esposa, cuando puede escapar de la reyerta realiza un intento autolítico sin mayores consecuencias.

Hasta aquí la vida y la secuencia de muchos ingresos en las unidades hospitalarias y que conocen muy bien los psiquiatras de urgencias. Los diagnósticos se han sucedido: Alcoholismo, depresión, Tr de la personali-

dad, conductas histriónicas, etc...pero en este último ingreso en el decir del paciente aparece un nuevo componente; la sexualidad.

En esta ocasión la esposa cuenta algo más, dice que hay una ruptura biográfica desde 10 años antes, aunque ella en concreto tomó conciencia hace unos pocos meses. Durante la comunión del niño se emborrachó exhibiendo una conducta extraña e inadecuada... "como amanerado". Dice la esposa "éramos un matrimonio perfecto...la gente se extraña cuando les digo lo que le pasa". "Las relaciones sexuales fueron siempre normales hasta que él empezó a beber. Somos muy religiosos y creyentes. El pertenece a la Adoración Nocturna¹⁹.(AN)... a veces me decía que se iba a la AN pero yo se que no iba. Un día me confesó que se dedicaba a pasear. A veces cuando yo me acostaba el salía de casa solo y estaba fuera hasta las 4 ó 5 e la mañana. No se que hace a esa hora. No creo que tenga una amante: **"yo no se que hace él por atrás"**(sic).

En entrevista individual el paciente cuenta la siguiente historia: "Yo solía ir a la AN con mi suegro, con el que me llevaba muy bien. Para llegar a la Iglesia solíamos pasar por una zona de la ciudad donde se ponen a hacer la calle las prostitutas y algunos travestis...ya sabe de esa gente rara. Me quedaba mirándolos...me intrigaban. Yo creo que ellos se dieron cuenta también de mi curiosidad. Un día en que yo iba solo se me acercó un chico joven, empezamos a hablar, y sentí una gran atracción hacia él, me trataba con ternura, y acabé teniendo relaciones sexuales con él. Me marché para casa contento, no tenía ningún tipo de remordimientos y eso me extrañó...pero no fui capaz de decírselo a mi mujer.

Esto fue hace año y medio. Desde entonces todo ha cambiado en mi vida. Después seguimos viéndonos, muchas veces...incluso yo lo hice con desconocidos y me pagaron.....hasta que encontré otro amigo. Con este me encuentro muy bien...incluso hemos pasado días enteros juntos..no obstante en los últimos meses ya no lo hacemos...pero nos seguimos viendo...solo hablamos...bueno a veces si tenemos relaciones...él es viudo".

Cuenta todos estos hechos sin emotividad...con palabras ambiguas. Cree que su situación actual no tiene que ver con todo esta historia...es más cree que tiene que ver más con la muerte de sus padres y el rechazo por parte de la familia de su esposa. Sin embargo nunca ha contado antes esta historia y por supuesto su mujer no lo sabe...al menos explícitamente.

A los pocos días se marcha de alta y empieza a acudir a consultas ambulatorias con nosotros, pero las abandona al poco tiempo y no volvemos a saber de él hasta tres años después, en que ingresa de nuevo por intento autolítico que como las veces anteriores se remite a una situación angustiosa que el paciente refiere como de soledad y de abandono. Estaba viviendo en una casa de alquiler que le pagaba un amigo con el cual tenía una relación afectiva. Este hombre estaba casado y esta situación provocó una importante discusión. El amigo se marcha del piso y él se queda solo. Dice que en ese momento se quedó parapléjico, pero que le pusieron una inyección de Vit B y se curó...empezó a echar de menos a sus hijos (a los cuales en ese momento no ve desde hace al menos 2 años)...y pensó en morir, se tomó las pastillas que tenía a mano, se ató una cuerda al cuello y a la cama...y al final decidió llamar a

19 La Adoración Nocturna es una asociación de católicos (solo hombres) que, como su nombre indica, tiene como fin adorar a Jesús Sacramentado en las horas de la noche y en comunión con la Iglesia. Su implantación es mundial, nacional y diocesana. Fue fundada en 1848 en París por Herman Cohen y establecida en España, con aprobación pontificia del año 1877, por D. Luis de Trélez y Nogueroles (Siervo de Dios).

su amigo el cual acude a “salvarlo” y lo trae al hospital, de donde no desea marcharse...posiblemente porque se ha encontrado con otro de los internados al que ya conocía de otras hospitalizaciones.

Se marcha y no se tienen noticias hasta 8 años después en que acude a urgencias bebido, lo que ocurre cada vez que tiene una ruptura amorosa.

Por aquellos días de la sucesión de varios ingresos en poco tiempo de este paciente, llegó hasta mí un libro de poesía que se había publicado poco antes. Contenía los últimos sonetos escritos por un poeta fusilado en 1936. Uno de ellos llamado *¡Ay voz secreta del amor oscuro!* dice así:

*¡Ay voz secreta del amor oscuro!
¡Ay balido sin lamas! ¡Ay herida!
¡Ay agua de hiel!, ¡Camelia hundida!
¡Ay corriente sin mar, ciudad sin muro!*

*¡Ay noche inmensa de perfil seguro
¡Montaña celestial de angustia erguida!
¡Ay perro en corazón, voz perseguida,
silencio sin confín, lirio maduro!*

*Huye de mí, caliente voz de hielo,
no me quieras perder en la maleza
donde sin fruto gimen carne y cielo*

*Deja el duro marfil de mi cabeza,
apiádate de mí, ¡rompe mi duelo!
¡que soy amor, que soy naturaleza!*

Y este soneto de Federico García Lorca²⁰, dio nombre al síndrome.

Hemos encontrado otros casos similares con algunas variaciones sobre todo en la vivencia de culpa por las relaciones homosexuales que El carpintero religioso no parecía tener o decía no tener.

Sin embargo es difícil pensar que esa ruptura biográfica no haya estado influyendo en su conducta cuando los intentos autolíticos y las hospitalizaciones se suceden, al principio por la presión familiar, después por los abandonos de sus parejas.

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL AMOR OSCURO

1. Varones de 35-45 años.
2. Suelen estar casados o tener parejas heterosexuales estables.
3. Ruptura biográfica comportamental, no psicótica.
4. Histrionismo²¹: Teatralidad, seducción, manipulación.
5. Intentos de suicidio reiterados, enigmáticos, inmotivados y claramente manipulativos.
6. Conflicto pantalla: Muerte de padres, conflicto con suegros, etc, como sucede el caso que hemos mostrado.
7. Utilización del camuflaje sintomático: alcohol.
8. Secreto mórbido²² individual: Homosexualidad tardía..

A pesar de la estrecha vinculación entre homosexualidad e HM, que como hemos visto anteriormente viene desde Freud, no creemos que en todos los casos de HM

20 *Sonetos del amor oscuro. Poemas de amor y erotismo. Inéditos de madurez.* Ediciones Áltera. Barcelona, 1995. En este libro, por primera vez en edición independiente de las Obras Completas de FGL, se publican estos poemas.

21 Estas características son atribuidas a la histeria desde siempre y por casi todos los autores.

22 En el sentido de Moriz Benedikt (1835-1920) es decir la Second Life la vida interior secreta formada por representaciones, imaginaciones rumiaciones mentales que el individuo guarda para el mismo y tanto significó para la construcción de la teoría psicoanalítica sin que fuera nunca por Freud reconocido. Dice Benedikt Publicó 4 historias clínicas de H. Masculina

exista este componente homosexual tan explícito como en el caso de **El Carpintero religioso**, pero si es cierto que las manifestaciones de la HM tienen que ver con una parte femenina del inconsciente de algunos varones y que como dice L.Israël²³ “no

quiere dejarse estrangular por la prisión de esa otra parte relacionada con el machismo”, utilizando la hiperexpresividad de la histeria para manifestarse y hacerse ver, y en definitiva, como decíamos antes mostrarse.

23 Idem 1

Dirección para correspondencia:

Tiburcio Angosto Saura.

Psiquiatra.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Nicolás Peña

C/Camelias 109

36211Vigo (Pontevedra-España)

tas@jet.es

Histeria y disociación

Hysteria and dissociation

Águeda Rojo Pantoja

Psiquiatra

Hospital Provincial

Pontevedra

RESUMEN

Se realiza un estudio de la disociación histérica en el momento en que surgió este concepto, en la Francia del fin-de-siècle. Primeramente se perfila el contexto filosófico que fue necesario para el nacimiento de la disociación y se analiza este concepto en las obras de tres de las principales figuras de la Psiquiatría francesa que lo abordaron, Pierre Janet, Théodule Ribot, y Alfred Binet. Finalmente, se contrasta con otro concepto, el de los estados hipnoides, que defendieron Josef Breuer y Sigmund Freud, para caracterizar también a la disociación histérica.

Palabras clave: *Disociación, histeria, asociacionismo, desagregación, estados hipnoides.*

El término «disociación» surgió en la segunda mitad del siglo XIX, en la escuela francesa, y fue Pierre Janet la figura histórica a quien le pertenece la primacía en el acuñamiento del término. Otros personajes antes que él (Baillarger¹, Azam²) hablaron de conceptos similares, que pueden considerarse las raíces de este concepto.

En este momento histórico, la escuela francesa utiliza este término aplicándolo a la histeria,

ABSTRACT

This article studies the concept of hysterical dissociation from the time of its birth in France at the fin-de-siècle. The philosophical context necessary to give birth to dissociation is outlined and this concept is studied along with the work of three of the main authors of French psychiatry dealing with it, Pierre Janet, Théodule Ribot and Alfred Binet. Finally it is compared to another concept, hypnoid states, as proposed by Josef Breuer and Sigmund Freud to further characterise hysterical dissociation.

Key words: *Dissociation, hysteria, associationism, splitting, hypnoid states*

ria, y relacionándolo con la hipnosis, para hablar del «desdoblamiento» de la personalidad, de las «parálisis ideativas³» de Charcot, de las «anestias sistematizadas» de P. Janet y otras teorías de diferentes autores como Alfred Binet, o Théodule Ribot. Freud también tomará de Breuer un concepto similar, los «estados hipnoides», que después abandonará junto con la hipnosis, para dedicarse al psicoanálisis. Freud le dará sus propios matices al concepto de la disociación, siempre en relación

1 Probablemente fue Baillarger el primero en utilizar el término de «desdoblamiento»: Baillarger J. Sans titre [observation de patiente spiritiste]. Annales Médico-Psychologiques, 1861; 3ªserie, 7: 92-93

2 Azam habló del «dédoublément de la personnalité»: Azam E. Periodic amnesia or a double life. En: Cousin F-R, Garrabé J, Morozov D, editors. Anthology of French language psychiatric texts. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, 1876/1999; p. 216-245

3 Charcot JM (1885/1989). Lecciones sobre la histeria traumática. Madrid: Ediciones Nieva, 1885/1989, p. 98

con la histeria, para ir transformándolo en la «represión», que comportará otro significado.

No es hasta entrado el siglo XX, que se va a utilizar el término disociación para referirse a los estados psicóticos. A partir del concepto de «sejunción» de Wernicke⁴, Bleuler⁵ inventará su término de «esquizofrenia». Otros autores como Jung⁶, Otto Gross⁷ («demencia sejuntiva»), Chaslin⁸ («discordancia»), Stransky («ataxia intrapsíquica»), o Urstein («disarmonía intrapsíquica») se referirán a la disociación psicótica, alrededor de la metáfora de la ruptura del sujeto, como diría Lantéri-Laura⁹.

Hoy día, para la psiquiatría francesa, el proceso fundamental de la esquizofrenia es la disociación mental. Cuando Bleuler describió el mecanismo patológico de esta enfermedad procuró usar una palabra inédita, ésta del *spaltung*, y mientras los anglófonos lo tradujeron, sin grandes dificultades, por el equivalente de *splitting*, los clínicos franceses se obstinaron en utilizar la palabra disociación. Bottero¹⁰ opina que «No se equivocaron, encontrando en el *Spaltung* una noción que les era familiar desde su introducción por Ribot, Binet y Janet, de la disociación psíquica».

Estos tres autores, que tan acertadamente cita el autor, estudiaron la disociación, pero

la disociación en la histeria, objeto de este trabajo.

CONTEXTO FILOSÓFICO

Hay que situarse pues, en la Francia del *fin-de-siècle*. En este momento, en Francia se vivía un sentimiento de inferioridad, tras la derrota de la guerra franco-prusiana, en septiembre de 1870. Sin embargo, como contraste de la vida política se hallaba la vida intelectual, ya que brillaba una prosperidad cultural y científica, que competía con Alemania. En París, la *Ville Lumière*, se concentraba un importante apogeo intelectual. El mundo occidental alrededor de 1880 se encontraba bajo la influencia del positivismo, el cientificismo y el evolucionismo. En 1885 hubo una reacción contra el positivismo y el naturalismo, volviendo en cierto modo, al romanticismo. Aparece el movimiento intelectual neorromántico y por tanto, renace el interés por lo irracional, lo oculto y la exploración de las profundidades escondidas de la mente humana. Era un momento de transición entre el asociacionismo dieciochesco y la psicología de Wundt¹¹.

Pierre Janet y Sigmund Freud elaboraron sendas teorías para explicar la histeria y se basaron en principios de la psicología asociacionista, principios que habían aprendido

4 De su obra de 1876, "El complejo sintomático de la afasia"

5 Bleuler E. Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). Allgem Zeitschr f Psychiat u Psych-Gericht Med 1908; 65: 436-464.

6 Jung explicó que cuando la conciencia se desintegra (debilidad aperceptiva), los complejos que coexisten con ella son liberados en forma simultánea de toda restricción y pueden penetrar en el yo de la conciencia: Jung CG. Psicología de la demencia precoz. Psicogénesis de las enfermedades mentales I. Barcelona: Editorial Paidós, 1907/1987

7 Gross O. Dementia sejuntiva. Neurologisches centralblatt, 23, 1155-6. En: Cutting J, Shepherd M, editors. The clinical roots of the schizophrenia concept. Cambridge: Cambridge University Press, 1904/1987; p. 35-36

8 Chaslin afirmó: «Bleuler used the word schizophrenia to characterize this type of insanity whereas I prefer the term discordant insanity, which reflects the intrapsychic ataxia noted by Stransky [1904] and the intrapsychic dysarmony observed by Urstein [1909]», p.154. Chaslin P. Eléments de sémiologie et clinique mentales. En: Cutting J, Shepherd M, editors. The clinical roots of the schizophrenia concept. Cambridge: Cambridge University Press, 1912/1987; p. 147-158

9 Lantéri-Laura G, Gros M. Essai sur la discordance dans la psychanalyse. París: E.P.E.L., 1992.

10 Bottéro A. Une histoire de la sissociation schizophrénique. L'Évolution Psychiatrique 2000; 66, 1: 43-60

11 Wilhem Wundt (1832-1920) quiso hacer de la psicología una ciencia, abierta a lo fisiológico y a lo social. Fue el creador de la psicología experimental de hoy día.

en Charcot y Spencer, entre otros. El contexto filosófico del asociacionismo nutrirá las concepciones de ambos autores, que atribuyeron a la disociación un papel fundamental en la explicación de la histeria. Encontraban estructuras de una personalidad desintegrada, con núcleos diversos disociados, que ya habían mencionado otros pensadores como Ribot o Taine.

En esta Francia de la III República, existe un debate filosófico acerca de la unidad del yo. En 1870, dos filósofos, Hippolite Taine¹² y Théodule Ribot¹³ protagonizarán la defensa de una psicología científica autónoma, separada de la filosofía, y apoyada en la fisiología y la patología.

«Abandonamos aquí la consciencia que ya no puede enseñarnos nada y nos vamos a otro continente para ver si la anatomía y la fisiología no nos muestran, en su propio terreno, alguna roca más próxima que se una a la nuestra, en el fondo del mar oscuro, que parece separar para siempre los dos países »¹⁴.

En contraposición se encontraba la filosofía espiritualista, aquella que se enseñaba en los liceos y las universidades y cuyo máximo exponente era Maine de Biran, defensor de la unidad del yo. Son seguidores de esta doctrina Víctor Cousin y sus discípulos psicólogos, Théodore Jouffroy o Adolphe Garnier, identificados como profesores de filosofía, y practicantes del método subjetivo de la in-

trospección. Representaban una psicología de las «facultades del alma¹⁵».

Paul Janet¹⁶, filósofo espiritualista, miembro de la Academia de ciencias morales y políticas, profesor en la Sorbona y tío de Pierre Janet, escribe en 1868, un artículo sobre *Le spiritualisme biranien*, publicado en la *Revue des deux mondes*, donde afirma que Maine de Biran había adelantado «una idea viva y nueva, la idea de la personalidad humana¹⁷». En esta línea, del espiritualismo francés biraniano, se enseña que «el alma no es un *objeto*, sino que es un *sujeto*; No es un *sustrato misterioso*, sino una fuerza libre, que tiene conciencia de sí misma, (...) de su individualidad, de una unidad efectiva y no nominal, idéntica a una identidad no aparente sino esencial¹⁸».

Taine defenderá una posición empirista, tomada de Locke y Hume, que cuestionaron la noción misma de la unidad y de la simplicidad del yo. En su obra, *De l'intelligence*, Taine afirma que la noción del yo es ilusoria en el sentido metafísico. Siguiendo a Hume avanza una perspectiva empirista y sensualista, defendiendo una multiplicidad de «yoes» ligados a la multiplicidad de acontecimientos, sensaciones e imágenes que, por asociaciones, constituyen el espíritu.

Para Taine y Ribot, habría una sucesión o coexistencia de personalidades, ya que su hipótesis era la de que estos «yoes» sucesivos o

12 Taine H. *De l'intelligence*. París: Librería Hachette et Cie, 1883

13 Ribot Th. *Psicología inglesa contemporánea (Escuela experimental)*. Salamanca: Sebastián Cerezo, 1870/1877

14 Taine, H. (1883), p. 243

15 Se suele traducir así a la Faculty Psychology, de la filosofía escocesa. De forma reactiva al asociacionismo de Condillac, figuras como Laromiguière, Royer-Collard, Cousin y Jouffroy defendían un funcionalismo espiritualista de la mente, basado en la noción de «experiencia interna» de Maine de Biran.

16 Janet P. *Principes de métaphysique et de psychologie*. Leçons professées à la Faculté des lettres de Paris, 1884-1894, 2. París: Delagrave, 1897.

17 Janet P. (1897), p. 542, citado en Carroy J. «Je est un autre»: l'unité du moi en question au début de la III République. En: Sauvagnat F. coord, *Divisions subjectives et personnalités multiples*. Rennes Cedex: Presses Universitaires Rennes, 2001; p. 39-49.

18 Janet P (1897), p. 544.

simultáneos correspondían a estados orgánicos distintos y por naturaleza inconscientes.

Desde la publicación del caso Félida¹⁹ los espiritualistas se sienten comprometidos a explicar este hecho de la doble personalidad. Paul Janet entiende que los fenómenos de doble personalidad no afectan la tesis de la unidad del yo. Escribe sobre el caso Félida: «No ofrece más dificultad que el sueño o el sonambulismo, que no es más que una extensión muy sorprendente²⁰».

Este tema tan controvertido de la personalidad, indivisible o no, es tratado por Janet con suma cautela. Janet utilizará el término de «desagregaciones de la personalidad», o de existencias psicológicas sucesivas o simultáneas, en su *Automatismo Psicológico*, evitando emplear el término tan polémico de «doble personalidad». James²¹ señala que Paul Janet en una de sus lecciones, publicadas en 1897, le felicitará por ello. Janet²² explica esta problemática en su *Automatismo* de la siguiente manera:

«No hemos estudiado, en este capítulo, más que casos típicos, por así decir teóricos, de este desdoblamiento, para verlo en las circunstancias más simples y poder reconocerlo más tarde cuando los casos sean más complejos. Esta noción, importante, creemos, en el estudio de la psicología patológica, tiene cierta gravedad desde un punto de vista filosófico. Está uno acostumbrado a admitir sin muchas dificultades las variaciones sucesivas de la personalidad; los recuerdos, el ca-

rácter que forman la personalidad podían cambiar sin alterar la idea del yo que sigue siendo una en todos los momentos de la existencia. Hará falta, creemos, volver a la naturaleza verdadera de la persona metafísica y considerar la idea misma de la unidad personal como una apariencia que puede sufrir modificaciones. Los sistemas filosóficos tendrán que acomodarse a estos hechos nuevos, porque buscan expresar la realidad de las cosas, y una expresión de la verdad no puede estar en oposición con otra».

Para Carroy y Plas²³, Janet se encontrará en una posición difícil ya que hablar de disociación implica hacer elecciones psicofilosóficas. Hablará de *inconsciente fisiológico* o de inconsciente psicológico o paranormal, dejando así indecisa la cuestión de la unidad del yo de los sujetos ordinarios. De esta forma Janet no rompe los postulados espiritualistas de la época, según los cuales no hay psicología más que de la conciencia y del yo que lo unifica, sin decantarse tampoco por una postura claramente empirista. La influencia de Paul Janet en la obra de su sobrino, Pierre Janet, fue decisiva. Es interesante ver cómo Janet supo mantenerse entre dos aguas, defendiendo el positivismo de uno de sus maestros, Ribot, pero también manifestando su aprecio por la obra de Maine de Biran, al que llamó en alguna ocasión “uno de los precursores de la psicología científica”.

En palabras de López Piñero y Morales Meseguer²⁴: «En tres epígrafes podemos resumir el influjo de Ribot sobre Pierre Janet:

19 En la primavera de 1875 de París, Azam habló por primera vez de la doble personalidad francesa, protagonizada por Félida, que fue estudiada por él desde 1858 hasta 1893.

20 Janet P. La notion de la personnalité: leerte de M. Paul Janet à Emile Alglave [1ª éd. In: La revue scientifique du 1er juin 1876]. *Annales Médico-psychologiques*, 1876; 5ª serie: p. 448-450, p.448.

21 James T. *Dédoulements*. *L'Évolution Psychiatrique* 1999; 64, 4: 739-748.

22 Janet P. *L'Automatisme psychologique*. (1ª Reimpresión). París: Éditions Odile Jacob, 1889/1989, p. 365.

23 Carroy J, Plas R. La genèse de la notion de dissociation chez Pierre Janet et ses enjeux. *L'Évolution Psychiatrique* 2000; 65, 1: 9-18

24 López Piñero J M, Morales Meseguer JM. *Neurosis y psicoterapia*. Madrid: Espasa Calpe, 1970, p. 270.

la concepción positivista del saber psicológico, la asimilación de lo realizado por las escuelas inglesa y alemana, y la adopción de la “psicología patológica” como método de trabajo fundamental» se resume la importancia de este autor para la obra de Janet y más concretamente, para su teoría sobre la disociación histérica.

Ribot²⁵ defendía como método de investigación una combinación de introspección y experimento, esto es, un método a la vez subjetivo y objetivo. «Sin la introspección nada comienza, pero con ella sola nada se acaba». Para Berrios²⁶, Ribot fue un admirador de Locke, que nunca abandonó el asociacionismo y que creía que la psicología tenía que basarse en la fisiología, ya que era la única forma posible de adaptar la conducta a las leyes generales de la naturaleza.

Mientras que la psicología experimental de aquella época se desarrollaba en Alemania, bajo la influencia de Wundt, la escuela francesa, con Taine y Ribot, utilizaba el enfoque psicopatológico. El método utilizado y promovido por Ribot fue la «psicología patológica», que consistía en ver en la desorganización patológica el equivalente del método experimental. Partía del criterio evolucionista de que en esta desorganización, lo nuevo filogenéticamente y lo complejo desaparece antes que lo viejo y lo simple. Ellenberger²⁷ señala que fue Ribot quien introdujo en Francia el principio de Jackson de la evolución y disolución de los síntomas positivos y negativos de las enfermedades ner-

viosas y lo aplicó a la psicopatología de la memoria y de la voluntad.

En opinión de Bottéro²⁸ «la psicología patológica de la disociación de las síntesis asociativas promovida por Ribot, Janet y los médicos-psicólogos de la Salpêtrière, debió conocer tal encumbramiento, en el cambio de siglo, que pocos dominios de la psicopatología escaparon a sus virtudes explicativas».

Ribot, positivista y asociacionista, a través de su psicología patológica, aportó el marco conceptual apropiado para avanzar en los problemas de la división del sujeto, aplicable a nivel de la memoria, sensibilidad, motricidad, voluntad o personalidad. Escribió la trilogía *Les maladies de la mémoire*, *Les maladies de la volonté* y *Les maladies de la personnalité*, donde acreditaba la idea de que el yo, las ideas y los sentimientos no son unidades fijas e inamovibles, sino que corresponden a complejos que emanan de asociaciones dinámicas más o menos estables, de unidades orgánicas, afectivas e intelectuales, más elementales. Ribot²⁹ hablará de la «disolución» de la personalidad, concepto que toma de Spencer, del que fue traductor, y de la neurología evolucionista de Jackson.

En la obra de Janet aparecen numerosas citas a estos autores, Ribot y Taine, lo que demuestra su adscripción al movimiento positivista en psicología. A través de Ribot, conocerá Janet la psicología británica, sin apartarse nunca de la tradición nacional francesa. El método de la psicología patológica será

25 Ribot Th (1870/1877), p. 199

26 Berrios GE. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

27 Ellenberger HF. El descubrimiento del inconsciente. (1ª Reimpresión). Madrid: Editorial Gredos, 1970/1976.

28 Bottéro A (2000), p. 56.

29 Ribot TH. Les maladies de la personnalité. París: Félix Alcan, 1885, p. 137.

empleado por Janet en la elaboración de su primera obra como psicólogo *L'automatisme psychologique* (1889), aunque después se convertiría en médico, hecho que le hizo cambiar de la psicología patológica a la psicología médica, esto es, en lugar de utilizar la patología para explicar cuestiones psicológicas, utilizará la psicología para explicar cuestiones médicas.

Aparte de Taine, otro reformador del asociacionismo dieciochesco fue Herbert Spencer. En opinión de Bourne Taylor y Shuttleworth³⁰, en su obra *Principios de Psicología* (1870-72) reinterpreta explicaciones asociacionistas de la conciencia arguyendo que la identidad se desarrolla a través de un proceso de evolución orgánica.

Para este autor la psicología estudia fenómenos que se dan sólo en forma sucesiva, en el tiempo, mientras que lo natural, físico o fisiológico, contiene fenómenos no sólo sucesivos, sino también simultáneos, en el espacio. Janet³¹ (1889) cita a Spencer: “Los fenómenos que constituyen el objeto de la fisiología se presentan bajo la forma de un número inmenso de series reunidas en conjunto. Los que constituyen el objeto de la psicología se presentan bajo la forma de una simple serie”. Spencer destaca el carácter unitario de la conciencia, donde sólo cabe un fenómeno en un momento dado.

En aquel momento era una idea bastante extendida que la conciencia de un hombre no encerraba en el mismo momento más que un solo fenómeno, y que, en consecuencia, la vida psicológica estaba constituida por una sucesión de fenómenos seguidos unos a

otros, formando una larga serie que se prolongaba durante toda la vida del individuo, pero quedando cada uno aislado sin estar acompañado de otros hechos simultáneos. Esta teoría defendida por Spencer no fue compartida sin embargo por Janet, quien no creía en la unidad de la conciencia. Para Janet la idea de coexistencia no partía de la relación de sucesión (Spencer), ni la noción de espacio partía de la noción de tiempo³², sino de la sensación de extensión, que nos procura la coexistencia real de un gran número de sensaciones simultáneas.

De Spencer tomará Janet³³ el término de «campo de la conciencia» o extensión máxima de la conciencia, a partir del término campo visual, que le servirá para desarrollar toda su teoría de la disociación.

John Stuart Mill (1806-1873) unió la línea asociacionista defendida por su padre (James Mill) en psicología con la preocupación positivista de análisis de la ciencia. Janet³⁴ compartió con Stuart Mill la idea de que la memoria precede al conocimiento del yo. Existen «sensaciones sin yo», pues la idea del yo es algo muy complejo que se va creando con la experiencia.

Si hablamos de asociacionismo, la figura de Johannes F. Herbart es de obligada mención. Es difícil valorar su influencia sobre la obra de Janet. Parece que éste no leyó a los psicólogos alemanes, pero que sabía de ellos a través de Ribot y otras fuentes. Según Ellenberger el concepto de Janet de «estrechamiento de conciencia» podría proceder de Herbart, para quien la represión y el estrechamiento del campo de la conciencia

30 Taylor JB, Shuttleworth S. *An anthology of psychological texts 1830-1890*. Oxford: Clarendon Press, 1998.

31 Janet P (1889), p. 229.

32 Hipótesis defendida por Stuart Mill

33 Janet P (1889), p. 232.

34 Janet P (1889), p. 74.

eran dos aspectos del mismo fenómeno. En cuanto a la influencia de Herbart sobre Freud, debemos citar el trabajo de María Dorer³⁵. Hay ciertos parecidos entre las teorías de ambos autores que permiten pensar en esta influencia. Según esta autora, Herbart fue una de las fuentes principales del psicoanálisis. Su psicología sobre el asociacionismo predominaba en Austria en la época de la juventud de Freud. No se sabe si Freud llegó a leer a este autor pero parece muy probable que le conociera a través del libro de Lindner (*Lehrbuch der empirischen Psychologie nach genetischer Methode, 1858*), que leyó durante sus estudios en el gimnasio de Leopoldstadt, y que explicaba cómo las cadenas de asociaciones pueden divergir y convergir en puntos nodales. La psicología de Griesinger y Meynert era también de influencia herbartiana. Herbart enseñaba el concepto dinámico de un umbral entre el consciente y el inconsciente y la existencia de conflictos entre las representaciones, luchando entre sí para poder llegar al consciente. Estas representaciones pueden ser reprimidas por otras más fuertes, pero continúan en su lucha por volver, o bien producen un efecto indirecto sobre la consciencia, lo cual tiene, como vemos, un enorme parecido con la teoría de Freud. La influencia de Herbart ha sido señalada en numerosas ocasiones como una fuente evidente de la nueva teoría de la histeria de Freud.

LA DÉSAGRÉGATION PSYCHOLOGIQUE

Analizando la obra de Pierre Janet de esta etapa del fin de siglo, se puede ver cómo el autor ha ido investigando sobre determinados conceptos, los cuales, hilvanados unos

con otros, abocaron en la elaboración de su *désagrégation psychologique*. Janet contrasta las ideas del momento, referentes a cada uno de estos conceptos y las que, a través de sus investigaciones, consigue formular dándole sus propios matices. Los conceptos a los que me refiero son estos de sugestión, subconsciente, disminución del campo de consciencia, miseria psicológica, ideas fijas y desagregación psicológica. El conocimiento de cada uno de ellos se relaciona directamente con el siguiente y constituyen el camino a seguir hasta la desagregación.

El núcleo de la producción literaria de Janet antes del 1900 lo constituyen, fundamentalmente dos libros, *L'Automatisme psychologique* (1889) y *L'état mental des hystériques* (1892-93)³⁶, sus tesis de filosofía y de medicina respectivamente, el capítulo sobre el tratamiento de la histeria, que se publicó en el tratado de Robin (1898) y una publicación previa, del 8 de marzo de 1886, *Les états intermédiaires de l'hypnotisme*. En este artículo, Janet³⁷ acepta por completo las doctrinas de Charcot acerca del hipnotismo, considerándolo, por tanto, como un fenómeno patológico propio de los enfermos histéricos, y admitiendo su aparición en las tres fases de letargia, catalepsia y sonambulismo.

En su tesis de filosofía, *L'Automatisme psychologique*, reunirá las investigaciones realizadas en El Havre, desde 1882 hasta 1888 y que fueron publicadas, muchas de ellas, en la *Revue philosophique*. En esta tesis, Janet desarrolla su teoría de la desagregación. Dentro de la tendencia encabezada en Francia por Ribot, Janet se propone utilizar en su estudio el método de las ciencias de la naturaleza y para conseguir las condicio-

35 Citado en Ellenberger HF (1970/1976): Dorer M. Historische Grundlagen der psychoanalyse. Leipzig: Felix Mainer, 1932.

36 Janet P. *L'état mental des hystériques*. (1ª Reimpresión de la edición de 1911). París: Laffitte Reprints Marseille, 1893/1983

37 Citado en López Piñero y Morales Meseguer (1970): Janet P. *Les états intermédiaires de l'hypnotisme*. *Revue Scientifique*, 1886; XXXVII.

nes experimentales exigidas por este método, le parece que el hipnotismo es el terreno de investigación más favorable.

El autor realiza una minuciosa descripción de diferentes cuadros clínicos, encontrados en sus pacientes. Salvo «...en casos particulares [dice Janet], la mayoría de los hechos señalados han sido descritos según cuatro sujetos principales que designamos por nombres más que por sus iniciales, Léonie, Lucie, Rose y Marie. Estas cuatro personas, más que otras, nos han parecido satisfacer las condiciones de una buena experiencia psicológica. Estudiadas durante largo tiempo, eran perfectamente conocidas en todos los detalles de su enfermedad y de su carácter; examinadas con precaución y solamente por personas competentes, han sido lo menos posible modificadas por ejemplos o por palabras imprudentes»³⁸.

Janet³⁹ nos habla de mujeres que realizan actos subconscientes, esto es y según su propia definición, «acciones que tienen todos los caracteres de un hecho psicológico salvo uno, que es siempre ignorado por la persona que lo ejecuta en el momento mismo en que lo ejecuta». El automatismo psicológico, en lugar de ser completo, de regir todo el pensamiento consciente, puede ser parcial y regir un pequeño grupo de fenómenos separados de los otros, aislados de la consciencia total del individuo, que continúa actuando por su propia cuenta y de una manera diferente.

Janet⁴⁰ explica la desagregación de la siguiente manera:

«El fenómeno que se produce en la conciencia después de una impresión sobre los

sentidos y que se traduce por expresiones como: “Veo una luz...siento un pinchazo” es un fenómeno muy complejo, que no está constituido solamente por la simple sensación bruta, visual o táctil, sino que encierra una operación de síntesis activa y presente en cada momento, vinculando esta sensación al grupo de imágenes y de juicios previos, que constituyen el yo o la personalidad».

Entiende la percepción consciente como una operación en dos tiempos:

1º Existencia simultánea de un cierto número de sensaciones conscientes táctiles, como TT'T", musculares como MM'M", visuales como VV'V", auditivas como AA'A".

2º Una operación de síntesis activa y actual por la cual estas sensaciones se unen las unas a las otras, se agregan, se fusionan, se confunden en un estado único al cual una sensación principal da su matiz, pero que no se parece completamente a ninguno de los elementos constituyentes; este fenómeno nuevo es la percepción P.

En el hombre mejor constituido, dice Janet, hay un conjunto de sensaciones producidas en la primera operación y que se escapan en la segunda. No se refiere a sensaciones que escapan a la atención voluntaria; habla de sensaciones que no son vinculadas a la personalidad en absoluto y que el yo no reconoce tener conciencia, porque, en efecto, no las contiene. Por tanto los fenómenos sensitivos que ocurren en el espíritu de estos individuos se dividen en dos grupos: 1º el grupo que se reúne en la percepción P y que forma su conciencia personal; 2º los fenómenos sensitivos restantes, que no son sintetizados en la percepción P.

38 Janet P (1889/1989), p. 41.

39 Janet P (1889/1989), p. 264-265

40 Janet P (1889/1989), p. 347.

Ejemplos de esta forma de síntesis débil y restringida son el sujeto histérico distraído que sólo escucha a una persona porque no puede percibir tantas cosas a la vez y que, si sintetiza las sensaciones auditivas y visuales que proceden de una persona, ya no puede hacer nada más; o el hipnotizado que escucha todo lo que le dice su hipnotizador y sabe todo lo que hace, sin poder escuchar ni sentir a nadie más.

En *L'état mental des hystériques* (1893) Janet⁴¹ afirma que la histeria es una enfermedad mental perteneciente al amplio grupo de las alteraciones por debilidad, por agotamiento cerebral, que no tiene más que síntomas físicos bastante vagos, consistentes especialmente en una disminución general de la nutrición; tiene sobre todo, síntomas psíquicos, el principal de los cuales es un debilitamiento del campo de la conciencia que se manifiesta de una forma peculiar: cierto número de fenómenos elementales, sensaciones e imágenes dejan de percibirse y parecen quedar suprimidos de la percepción personal. Esta falta de síntesis favorece la formación de ciertas ideas «parásitas», aisladas por completo del control de la conciencia personal, que se manifiestan por trastornos muy variados de apariencia exclusivamente física.

Aparecen aquí las «ideas parásitas», germen de lo que serán las «ideas fijas», causantes de los accidentes mentales en las histéricas. Este concepto tiene su origen en las ideas fijas de Charcot, con las que este autor explica los fenómenos de la histeria traumática y que curiosamente encontramos también con el nombre de «parásito», en sus *Lecciones del Sistema Nervioso*, indicando exactamente la misma idea que Janet,

pues es de este autor de quien toma este concepto:

«Ahora bien, señores: gracias a las nociones recientemente introducidas en la ciencia sobre la neurosis hipnótica, nos ha sido posible hacer intervenir en cierto grado, la experimentación en el estudio de los casos de este género. Sabemos que, en los individuos sumidos en el estado de hipnotismo, es posible —y éste es un hecho que hoy ha llegado a hacerse vulgar— hacer nacer por conducto de la sugestión y de la intimidación una idea, un grupo coherente de ideas asociadas, que se instalan en el ánimo a la manera de un parásito, quedando aisladas de todo lo demás; y pudiendo traducirse al exterior por los fenómenos motores correspondientes. Si esto es así, se concibe que inculcando en un experimento de este género la idea de parálisis, podrá, en efecto, originarse una parálisis real; y veremos que, en semejante caso, se mostrará a menudo tan acentuada clínicamente como si proviniese de una lesión destructora de la substancia cerebral»⁴².

Janet defiende que el desarrollo exagerado de ciertas ideas depende de su aislamiento, y este aislamiento es una consecuencia de la disminución del campo de la conciencia. La exaltación de los fenómenos automáticos resulta con frecuencia de una disminución en el poder de la actividad voluntaria, que reúne en cada instante de la vida los fenómenos presentes. El conjunto de estas concepciones, que Janet designará con el nombre de *désagrégation mentale*, parece ser la idea que pueda proveer el medio de resumir un gran número de fenómenos histéricos.

Janet señala que esta disminución del campo de la conciencia debe encontrarse en

41 Janet P (1893/1983), p. 447

42 Charcot JM (1885/1989), p. 98

muchas otras enfermedades, en los neurasténicos, en los estúpidos, en los imbéciles, incluso en los idiotas. Es un carácter patológico que se manifiesta de miles de maneras diferentes. Asimismo intenta demostrar cómo este carácter se manifiesta en la histérica. Afirma que los fenómenos psicológicos elementales subsisten casi sin modificaciones, que una parte de ellos se separa completamente de la personalidad, lo que da lugar a anestias, parálisis y que estos fenómenos disociados se agregan entre ellos para formar estados psicológicos, distintos de la consciencia normal. No cree que la debilidad de la síntesis psicológica se manifieste de esta forma fuera de la histeria.

LA DISOCIACIÓN HISTÉRICA Y BINET

Las investigaciones de Janet y Binet corrieron paralelas y sus influencias fueron, obviamente, recíprocas. Binet fue nombrado, en 1892, director del Laboratorio de Psicología Experimental de la Sorbona, pero prefirieron a Janet en el Collège de France, cuando en 1902 Théodule Ribot dejó su puesto como profesor titular de psicología experimental. Por otro lado, Georges Dumas lo reemplazaría en la Sorbona.

Las investigaciones sobre la hipnosis se llevaban a cabo, de forma simultánea, en París por Binet y en El Havre por Janet. En 1889, el mismo año de la publicación del *Automatismo Psicológico*, Binet⁴³ afirmó: «El problema que trato de resolver es el de comprender cómo y por qué, en pacientes histéricos, tiene lugar una división de la consciencia». Janet estaba de acuerdo con él en

que la histeria era una forma de personalidad dual, y que las personas histéricas tenían una existencia subconsciente, que se manifestaba abiertamente durante los ataques, así como en la hipnosis y que era la causa invisible de los «accidentes», pero Janet incluyó, para completar la descripción de la histeria, el «estrechamiento del campo de la conciencia».

Binet, en su obra *Les Altérations de la Personnalité*, de 1892, desarrolla extensamente su teoría acerca del desdoblamiento y la disociación, que ya hemos apuntado, es de enorme paralelismo con la obra de Janet. Una muestra de esto y de la importancia histórica contextual de esta obra, al igual que lo fue la de Janet, es la referencia que hacen Breuer y Freud⁴⁴ a ésta, en su *Comunicación preliminar* (1893):

«La posibilidad de esta terapia ha sido claramente reconocida por Delboeuf y Binet, como lo muestran las siguientes citas (...) “Quizá se compruebe que reconduciendo al enfermo, mediante un artificio mental, al momento mismo en que el síntoma apareció por primera vez, se vuelva a ese enfermo más dócil a una sugestión”».

Binet era considerado una de las grandes autoridades en la materia de la patología de la personalidad. En su obra *Les altérations de la personnalité*, comienza su análisis a partir de los casos de sonambulismo espontáneo. Para él los sonambulismos nocturnos, espontáneos, sufrían de histeria. «Son histéricas en estado de crisis, con esta particularidad, que su ataque tiene un plazo nocturno»⁴⁵. A Binet lo que más le interesó, sin

43 Citado en Ellenberger HF (1970/1976), p. 175

44 Binet A. (1892), p. 243, citado en Freud S. Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar, 1893. En: Freud S. Estudios sobre la histeria. Obras Completas vol.2. Buenos Aires: Amorrortu, 1895/1999; p.33

45 Binet A. Les altérations de la personnalité (1ª Reimpresión). Paris: L'Harmattan, 1892/2000, p. 17

46 El vigilambulismo era el vocablo que utilizó para nombrar al sonambulismo que se manifiesta durante el día.

embargo, eran los casos de vigilambulismo⁴⁶ y más concretamente, aquellos casos que describió de sonambulismo natural, en mujeres histéricas, que presentaban otra vida normal, otra existencia psicológica, o condición segunda, de la que no guardaban ningún recuerdo al regresar a su estado normal. Estos casos de desdoblamiento, algunos de ellos muy conocidos en esta época, fueron analizados por él, como por ejemplo el caso Félida del que afirmó que se trataba de una neurosis histérica, donde la distinción entre las dos condiciones recaía en el cambio de carácter y en la modificación de la memoria. Se trataba de una amnesia que no podía explicarse por las leyes de la asociación de ideas, tan en boga en ese momento.

Binet coincidía con Janet nuevamente en el análisis que hacía de estas segundas existencias, que aunque eran descritas como inconscientes, no por ello la consciencia del sujeto estaba abolida sino disminuida: «La consciencia no abdica tan fácilmente sus derechos (...) ella puede subsistir en el seno de una actividad psicológica rudimentaria»⁴⁷; «Estas enfermas tienen una disminución del campo de la conciencia»⁴⁸

Haciéndose eco de las investigaciones de Gurney, el psicólogo inglés, defiende la existencia del desdoblamiento, de dos consciencias simultáneas, pero que constituían una unidad psicológica, lo que quedaba demostrado a través de la memoria. Estas mujeres sufrían una insensibilidad histérica, que no era verdadera sino que se debía a su inconsciencia, por «désagrégation mentale»⁴⁹. «Es importante resaltar que anteriormente a estas publicaciones [de él, en la *Revue philosophi-*

que] M. Pierre Janet, M. Myers y M. Gurney, por no citar más que los principales autores, habían expuesto ya una teoría de la desagregación mental, con numerosas experiencias de apoyo»⁵⁰.

Es curioso que en las conclusiones de este libro, *Les altérations de la personnalité*, Binet se disculpe por no haber expuesto una teoría personal sobre dichas alteraciones de la personalidad, lo cual justifica por el hecho de vivir un momento en que las tendencias positivistas dominaban el campo de la psicología. No era posible elucubrar ninguna teoría que no estuviera suficientemente sustentada con los hechos y la experiencia.

En la base de sus conocimientos, se vislumbra la influencia de Ribot, como así se evidencia en la obra de Janet, para quien la personalidad, que podía ser doble, triple, etc. era entendida como un agrupamiento, resultante de varios elementos. La unidad debe ser buscada en la coordinación de los elementos que la componen:

«La unidad del yo, en el sentido psicológico, es la cohesión, durante un tiempo dado, de un cierto número de estados de consciencia claros, acompañados de otros menos claros y de un conjunto de estados fisiológicos que, sin estar acompañados de consciencia, como sus congéneres, funcionan como ellos. Unidad quiere decir coordinación»⁵¹.

LOS ESTADOS HIPNOIDES

La noción de «disociación de la conciencia» de Freud es tomada de la escuela francesa. En su corta estancia en París, Freud se

47 Binet A (1892/2000), p. 72.

48 Binet A (1892/2000), p. 146.

49 Binet A (1892/2000), p. 101.

50 Binet A (1892/2000), p. 103.

51 Ribot H (1885), p. 170-171

fascinó con las concepciones de Charcot acerca de la histeria y las neurosis traumáticas. Éste le había sugerido que escribiera un artículo, comparando las parálisis motoras orgánicas y las histéricas, lo cual había sido primeramente una iniciativa de Freud⁵², pero cuando Freud le envía este artículo para su publicación en los Archives de neurologie, también le envía otro, titulado *Théorie de l'attaque hystérique*, ambos escritos en francés. En julio de 1893 se publica el estudio sobre las parálisis, sin embargo el segundo artículo no se publicará hasta 1940, gracias a sus herederos, en una versión alemana, redactada conjuntamente con Breuer. Thoret⁵³ avanza una hipótesis sobre por qué Charcot no publicó este artículo. Charcot temía perder la primacía en sus estudios sobre el origen de la histeria ya que Freud, en la primera frase de este artículo propone su propia teoría del ataque histérico. La clave de esta proposición teórica es la hipótesis de una disociación-clivage de la consciencia:

«Aún no existe, que sepamos, una teoría del ataque histérico, sino meramente una descripción de él, dada por Charcot (...) A continuación formularemos nuestras tesis sobre el ataque histérico, pero antes de enunciarlas hacemos notar que, para la explicación de fenómenos histéricos, consideramos indispensable el supuesto de una disociación –escisión del contenido de la consciencia–»⁵⁴.

Para Freud siempre existe durante el ataque histérico «el retorno de un recuer-

do», esto es, aparece de nuevo en el estado psíquico algo que el sujeto ya ha vivenciado antes. Este recuerdo no es arbitrario sino que es aquella vivencia que causó el estallido histérico, o sea el trauma psíquico. Freud entiende que este recuerdo es inconsciente, o sea que pertenece al estado de consciencia segunda. No se encuentra este recuerdo en la memoria del enfermo en su estado normal y si se logra llevarlo allí, entonces cesa su potencialidad patológica, productora de ataques.

«Durante el ataque mismo, el enfermo se encuentra en todo o en parte dentro del estado de consciencia segunda. Si lo primero, en su vida normal es amnésico para el ataque entero; si lo segundo, percibe su alteración de estado y sus exteriorizaciones motrices, en tanto que el proceso psíquico coetáneo al ataque permanece oculto para él. Pero éste puede ser evocado en cualquier momento mediante hipnosis»⁵⁵.

Para Coblenz⁵⁶ se puede considerar que los textos de Freud sobre la histeria, escritos entre 1886 y 1888 son bastante fieles a la teorización de Charcot, pero rápidamente, el apoyo en la neurología y en la fisiología de la escuela alemana, por un lado y la reflexión sobre la histeria, por otro lado, alimentarán las reservas expresadas por Freud. Lo que ocurre es un desafío a la anatomía y un paso a lo psicológico.

En palabras de Freud: «Solía decir Charcot que la anatomía, en líneas genera-

52 Charcot le escribe: «Estaría encantado de ver el trabajo que usted ideó desde hace mucho tiempo y que ya habrá meditado. Tengo la convicción de que será muy interesante», *Revue Française de psychanalyse*, 1988, p. 711, citado en Bolzinger A. *La réception de Freud en France*. París: L'Harmattan, 1999, p.102.

53 Thoret Y, Giraud AC, Ducerf B. *La dissociation hystérique dans les texts de Janet et Freud avant 1911*. *L'Évolution psychiatrique* 1999; 64,4: 749-764

54 Freud S. *Sobre la teoría del ataque histérico*. En: Freud S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1892/1976; vol 1, 1ª ed., p. 187-190

55 Freud S (1892/1976), p. 189.

56 Coblenz F. *Sigmund Freud 1, 1886-1897*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003

les, ha consumado su obra, y la doctrina de las afecciones orgánicas del sistema nervioso está, por así decir, acabada»⁵⁷, por lo que había que ir a estudiar la histeria, ya que reunía características tales que ninguna alteración del sistema nervioso era perceptible de que la histeria reposara en una modificación fisiológica de éste.

La histeria supone un paso obligado de lo fisiológico a lo psicológico, ya que parecía no haber ninguna modificación fisiológica que diera cuenta de las alteraciones de la histeria. Freud propone su teoría en base a estas disquisiciones, en su *Estudio comparativo de las parálisis motoras orgánicas e histéricas* (1893), obra en la que Freud insiste sobre la importancia de la disociación y del aislamiento de ciertos fenómenos psíquicos en las parálisis histéricas.

Posteriormente, en 1894, Freud⁵⁸ asume que el complejo sintomático de la histeria justifica la hipótesis de una disociación de la conciencia, con la formación de grupos psíquicos separados, pero no está de acuerdo con las teorías, hasta el momento vigentes, sobre el origen de dicha disociación. Janet había propuesto que la disociación era un rasgo primario de la histeria y que dependía de una debilidad congénita de la capacidad de síntesis psíquica, lo cual traducía la degeneración de los individuos histéricos, hipótesis que no es compartida por Freud. Para este autor, la hipótesis de

Breuer sobre los «estados hipnoides» es más acertada.

En su *Comunicación preliminar* Breuer y Freud (1893) afirman que:

«Aquella escisión de la conciencia [*Spaltung*], tan llamativa como doble conciencia, en los casos clásicos consabidos, existe de manera rudimentaria en toda histeria; entonces, la inclinación a disociar [*Dissoziation*] y, con ello, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que resumiremos bajo el nombre de «hipnoides», sería el fenómeno básico de esta neurosis»⁵⁹.

Citan a Binet y a «los dos Janet [Pierre y Jules]»⁶⁰ a quienes dan la razón y reconocen tener menos experiencia que dichos autores en cuanto a los estudios realizados por éstos sobre sujetos anestésicos.

Los estados hipnoides son descritos como estados singulares de conciencia, de tipo oniriforme, con disminución de la facultad asociativa. Las representaciones surgidas en estos estados hipnoides se hallan excluidas del comercio asociativo con los restantes contenidos de la conciencia, y como consecuencia aparece la disociación.

Breuer⁶¹ elige esta denominación de estado hipnoide de Moebius porque considera que:

57 Freud S. Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En: Freud S. Obras completas, vol 1, 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1956/1982; p. 1-16, p.10

58 Freud S. Las neuropsicosis de defensa. En: Freud S. Obras Completas, vol. 1, (2ª ed.). Madrid: Biblioteca Nueva, 1894/2001; p. 169-177

59 Freud S. Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En: Freud S. Estudios sobre la histeria. Obras Completas, vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1895/1999; p. 27-44, p. 37.

60 Freud S (1895/1999), p. 37.

61 Breuer J. Estados hipnoides. En: Freud S. Estudios sobre la histeria. Obras Completas, vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1895/1999; p. 226-232, p. 230.

«Designa a la autohipnosis misma, cuya importancia para la génesis de fenómenos histéricos descansa en facilitar la conversión, en proteger del desgaste (mediante la amnesia) a las representaciones convertidas, así como en la escisión psíquica que en definitiva se establece».

Si, al igual que Janet y Binet, Breuer opina que la escisión de una parte de la actividad psíquica se sitúa en el centro de la histeria, éste es el motivo de su interés por aclararlo en mayor profundidad. Aunque está de acuerdo en muchos puntos con Janet, Breuer no comparte completamente su teoría sobre la disociación de la histeria. «Para Janet, la predisposición a la histeria es una determinada forma de endeblez mental», dice Breuer⁶², pero este autor desarrolla su propia visión. La escisión de la conciencia no sobreviene porque los enfermos sean débiles mentales, sino que lo parecen porque su actividad psíquica está dividida y el pensamiento consciente sólo dispone de una parte de su capacidad operativa.

Tampoco se muestra Breuer de acuerdo con Janet cuando dice que en la base de la desagregación hay un mal rendimiento psíquico, la coexistencia habitual de dos series de representaciones heterogéneas. Así se explica que seamos capaces de hacer operaciones psíquicas mientras nuestros pensamientos se ocupan de otra cosa. Breuer pensaba que la duplicación de la capacidad psíquica, ya fuera habitual o condicionada por una situación vital henchida de afectos, predispone a la real escisión patológica de la psique. Ocurre esto cuando una de las dos series de representaciones

coexistentes, contiene representaciones no susceptibles de conciencia, esto es, las combatidas por la defensa y aquellas que provienen de estados hipnoides. Al no poder confluir las dos representaciones, lo que sí tiene lugar en la persona sana, se produce una escisión de la actividad psíquica inconsciente. Esta escisión histérica es al yo doble del sano como lo hipnoide a la ensoñación normal.

Freud afirma que Breuer tiene el mérito de mostrar que la disociación de la conciencia –carácter fundamental de la histeria– admite una explicación genética a partir de estos momentos privilegiados que son los estados hipnoides. Pero Freud no tardará en limitar el alcance de la aportación de Breuer, con la creación de lo que denominará las «histerias de defensa».

Finalmente Freud⁶³, en una nota al pie del historial clínico de Dora, condenará retrospectivamente de forma radical la concepción de Breuer:

«Yo querría decir que la tesis de los «estados hipnoides», en la cual muchos recensionistas quisieron ver el núcleo de nuestro trabajo, nació por exclusiva iniciativa de Breuer. Yo considero ocioso y despistante romper con esa designación la continuidad del problema consistente en averiguar la naturaleza del proceso psíquico que acompaña a la formación de los síntomas histéricos».

Posteriormente, en sus *Cinco conferencias pronunciadas sobre psicoanálisis*, en la Clark University, afirma que «la teoría de Breuer acerca de los estados hipnoides de-

62 Breuer J. Representaciones inconscientes e insusceptibles de conciencia. Escisión de la psique. En: Freud S. Estudios sobre la histeria. Obras Completas, vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu, (1895/1999), p. 232-249, p. 241.

63 Freud S. Fragmento de análisis de un caso de histeria. En: Freud S. Obras Completas, vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu, 1905/1978; p. 1-108, p. 25-26.

mostró ser estorbosa y superflua, y el actual psicoanálisis la ha abandonado»⁶⁴.

Es precisamente en este período fin- de- siècle cuando se encuentran referencias de

Freud al concepto disociación. Muy pronto, abandonará este concepto por el de represión, y su teoría tomará otro rumbo, el del abandono de la hipnosis y el nacimiento del psicoanálisis.

64 Freud S. Psicoanálisis. Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En: Freud S. Obras Completas, vol. 11. Buenos Aires: Amorrortu, 1910/1979; p 1-52, p. 17.

Dirección para correspondencia:

Águeda Rojo Pantoja

Psiquiatra

Complejo Hospitalario de Pontevedra

C/ Mourente s/n

36071 Pontevedra

rojopsastre@yahoo.es

Neurología de la Histeria

Neurology of Hysteria

Esteban García-Albea Ristol

Neurólogo. Jefe de Sección. Prof. Asociado

Hospital Universitario "Príncipe de Asturias"

Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

RESUMEN

Se hace un recorrido histórico de las relaciones entre histeria y neurología así como con algunos neurólogos. Al mismo tiempo se estudian los síntomas llamados histéricos buscando su conexión con enfermedades neurológicas. Asimismo se hace una revisión de las hipótesis patogénicas y de las posibilidades terapéuticas, llegando a la conclusión, en este sentido, de que es preciso la actuación coordinada de neurólogos, psiquiatras y psicoterapeutas dado lo enigmático de muchos de los casos.

Palabras clave: Histeria. Neurología. Síntomas neurológicos funcionales. Síntomas histéricos.

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

Durante la segunda mitad del siglo XX, y debido en gran parte a la crisis del psicoanálisis, el concepto (y el término) de *histeria* ha sido atacado desde diversos frentes hasta su casi su desaparición *oficial*. Presente todavía en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), se fragmenta y desaparece en la décima revisión (CIE-10). La *neurosis histérica* pasa a denominarse *trastorno de somatización* (donde también se borra el término secular de *neurosis*). El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMM) en su loable intento de ordenar y unificar la, en ocasiones, caótica nosología psiquiátrica, incluye la histeria dentro del capítulo general de los *tras-*

ABSTRACT

The review follows the history of the relationship between hysteria and neurology as well as the neurologists involved in its study. At the same time we study the symptoms termed hysterical looking for their connection with neurologic diseases. Following this we review the pathogenic hypotheses and therapeutic possibilities and we arrive to conclusion that considering the enigmatic characteristics of many of the cases it is necessary to coordinate the practice of neurologists, psychiatrists and psychotherapists.

Words key: Hysterie. Neurology. Neurological functional symptoms. Hysterical symptoms.

tornos somatomorfos, cuyos únicos criterios compartidos son la presencia de signos físicos que *no son explicables* por la presencia de una enfermedad médica bien delimitada. Con ánimo simplificador y pragmático, en definitiva, se unifican una gran proporción de situaciones a su no identificación con otra enfermedad o signo físico conocido, situando a los trastornos histéricos en un grupo marginal de enfermedades desconocidas o inexplicables que se parecen a otras. Es por tanto un diagnóstico de exclusión. En esta categoría del DSM-IV se han incorporado diversos subgrupos de trastornos que parecen anar ciertas características comunes. El *trastorno de somatización* (*Síndrome de Briquet*) (F45.0 en el DSM-IV, 300.81 en la CIE-10) es, quizás, el de contenido más estricto: de comienzo en la

juventud, con multiplicidad de sistemas afectados (neurológicos y extraneurológicos) y con normalidad en la pruebas de laboratorio (o desproporción de los síntomas subjetivos con los hallazgos objetivos). El *trastorno somatomorfo indiferenciado* (F45.1, 300.81) es el más inespecífico, y como reconocen los mismos redactores del Manual, se trata de “una categoría residual” de otra categoría también residual, el trastorno de somatización. Se enfatiza en la mayor duración y en el protagonismo del cansancio crónico, aproximando su diagnóstico a la antigua neurastenia o, más modernamente, al más elaborado *síndrome de fatiga crónica*.

Las alteraciones mayoritariamente señaladas en esta monografía se agrupan como trastornos de conversión (F44.x, 300.11), manteniéndose curiosamente el término psicoanalítico de conversión. En estos casos se trata de la presencia de síntomas neurológicos (síntomas sensitivos o motores, pseudocrisis, movimientos anormales, etc.) pero que “no se explican por un trastorno neurológico o de otro tipo”. Apuntan la condición confusa de “pseudoneurológico”. Aunque el Manual recomienda agotar las pruebas de laboratorio para descartar patología estructural admiten el valor identificador de ciertos síntomas positivos (la parálisis desaparece cuando el paciente desvía su atención, actividad de músculos antagonistas, no alteración de los reflejos, etc.) que desafían la bien estructurada exploración neurológica y pueden ser reveladores de la conversión. Algunos autores, en fin, tratan de unificar histeria y conversión. La histeria se trataría de un síndrome superponible al de Briquet (comienzo en edad juvenil, carácter crónico, y variedad de síntomas conversivos). Es decir reservan la histeria al síndrome y la conversión al síntoma. En la *tabla 1* se representan los criterios de los trastornos de conversión del DSM-IV (1).

Poco se ha avanzado desde la nosología galénica (“numerosas variedades en las afecciones uterinas diferentes las unas de las otras”) (2), o desde la consideración de Lasségue de que el conjunto de la histeria se trata de un “cajón de sastre” que comprende innumerables situaciones, o la “categoría de lo desconocido” de Charcot. La *sine materia* de los clásicos, actualizada a materias químicas, inmunológicas, etc., sigue siendo el núcleo taxonómico. O la consideración de *funcional*, concepto más dinámico desarrollado por Gowers en el Queen Square para las enfermedades *sine materia* como muchas epilepsias “idiopáticas”. En la identificación de esa *disfunción* (fisiopatología) con integridad anatómica (de acuerdo con los métodos actuales), se dirigen muchas líneas actuales de investigación en la histeria.

La idea de que existen alteraciones que semejan lesiones orgánicas sin que se haya descubierto su etiología ni una base morfológica, podía aplicarse a muchas enfermedades como la jaqueca (entidad con componente “psicológico” y durante mucho tiempo incluida en las neurosis), pero las alteraciones bioquímicas (receptores de serotonina, sistema trigémino-vascular, respuesta específica a ciertos fármacos) la han permitido abandonar el colectivo de los trastornos histéricos. El desarrollo en el conocimiento de entidades como las distonías, por ejemplo, sin lesión patológica en muchas de ellas, pero *explicables* a nivel molecular, y que se exacerban con los estados emocionales, también ha posibilitado su exclusión de los procesos conversivos. Un criterio negativo tan limitado y provisional como “la falta de explicación” ya sea orgánica o funcional, sigue marcando los procesos conversivos.

Tras el reposo teórico de la psiquiatría especulativa con la crisis del psicoanálisis, el abordaje renovado de la histeria ha sido lle-

vada a cabo por muchos clínicos, en su mayoría británicos, (partiendo de cero a la manera sydenhamiana), motivados por un artículo provocador, repetidamente citado, del psiquiatra Slater en 1965 (3). Tratando de contribuir al debate recurrente sobre la identidad nosológica de la histeria, analiza este autor la evolución de 85 pacientes que habían sido enviados desde las consultas neurológicas para valoración psiquiátrica durante los 9-13 años anteriores. Los resultados mostraron que sólo en 16 casos (19%) se mantenía el diagnóstico. Los síntomas calificados de histéricos fueron expresión de una enfermedad orgánica en 28 pacientes (33%). Una amplia patología física o psiquiátrica (desde la neuralgia del trigémino, la jaqueca tipo basilar, depresiones o esquizofrenia entre otras) ocurrió en el resto y que en palabras del autor *explicaban* la sintomatología. El autor concluye que el término histeria debe ser evitado y que en los escasos pacientes que mantienen estable el diagnóstico se trata de reacciones disociativas fisiológicas a las que no se les debe etiquetar como enfermedades. Finaliza avisando que “el diagnóstico de histeria es un disfraz de la ignorancia, y una fértil fuente de errores clínicos. No sólo es una ilusión sino también una trampa” (3).

La histeria que había sufrido muchos avatares en su historia parecía haber muerto de nuevo. Tras el artículo de Slater las series se suceden y parecen confirmar la inexistencia de la enfermedad. Reed en 1975 recogiendo el diagnóstico de histeria efectuado por los psiquiatras en 113 pacientes, tan sólo mantiene el diagnóstico tras un seguimiento de varios años en el 13% (4). Sin embargo estos trabajos han sido sometidos también a crítica, al tratarse de una mala selección y un concepto laxo o inapropiado del término *histeria* (que reconoció el mismo Slater). Seguimientos más recientes contando con las modernas técnicas de imagen han rebajado la

proporción de errores de forma significativa, no variando el diagnóstico en el 80% (5). En una reciente valoración del seguimiento durante seis años de un colectivo de 73 pacientes con el diagnóstico de “histeria” o “trastorno conversivo” realizado por los psiquiatras del Institute of Neurology de Londres, en tan sólo tres de ellos apareció una enfermedad orgánica, si bien en el 75% de los pacientes se evidenció comorbilidad psiquiátrica (6).

Por otro lado, como hemos señalado, se reconoce que el hallazgo de una enfermedad orgánica no descarta que los síntomas que padece el enfermo sean todos explicables por la patología subyacente (7). Aunque los problemas nosológicos impiden una fiable comparación entre las series, la proporción de enfermedades orgánicas que coexisten con síntomas conversivos es elevada, sin que necesariamente se traten de errores diagnósticos. El malogrado Marsden, neurólogo del National Hospital de Londres, presentó en un artículo histórico, a pesar de su modernidad (1986), la experiencia en su hospital (8). Define los *síntomas histéricos* como padecimientos que no pueden ser totalmente explicados por enfermedades orgánicas ni funcionales (entendiendo como funcional el nivel bioquímico). En su serie de 34 casos, 15 de ellos (44%) sufrían una enfermedad orgánica, porcentaje algo menor que los referidos por Witlock en 1967 (35 de 56, 62.5%) (9), o por Merskey y Buhrich en 1975 (61 de 89, 75%) (10). Citemos, en fin, la reciente revisión crítica y sistemática sobre los errores diagnósticos en la histeria llevada a cabo por neurólogos y psiquiatras de la Universidad de Edimburgo. Los autores comprueban que la llegada de las técnicas de imagen supuso una mejora en el diagnóstico, desde el 29% de errores en 1950 hasta un estable 4% en los últimos decenios (11).

Quizás, el problema no es tanto la presencia o no de enfermedad orgánica subyacente, sino si la patología y los síntomas propios de dicho trastorno orgánico facilitan reacciones histéricas. Es decir si un cerebro lesionado globalmente o en determinadas zonas (traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiple, epilepsia, entre otros) está más predisuesto a trastornos conversivos, al igual que favorece la presencia de diversos trastornos psiquiátricos. Como expresa la neuropsiquiatra del Institute of Neurology de Londres, María Ron: "...la presencia de una patología orgánica puede jugar un papel central en la causa de algunos síntomas histéricos" (12). Lo que falta por saber es qué factores cerebrales (o del complejo mente-cerebro) se conjugan de forma "fisiológica" o "fisiopatológica" para el resultado histérico.

EPIDEMIOLOGÍA

Es natural que la falta de definición o de criterios diagnósticos convenidos y equiparables en los trastornos conversivos dificulte un riguroso examen de la prevalencia en la población elegida (general, médica, neurológica o psiquiátrica) y explica las variaciones establecidas por diversos autores o en las distintas poblaciones de estudio. Para unos la histeria ha desaparecido y los casos actuales son "virtualmente una curiosidad histórica" (13) o, por el contrario, para otros la histeria, entendida como enfermedades o síntomas sin una clara explicación, sigue siendo el motivo de consulta médico más común. Parece que los enfermos histéricos llegan con más frecuencia a las salas de neurología y posteriormente a los psiquiatras de enlace que no a otros como los de los centros de salud mental primarios. De hecho en el estudio de medicina general de Watts (1964) el 40% de los histéricos no habían sido vistos por un psiquiatra (14).

Considerados los *trastornos somatomorfos* en su totalidad, parece que su frecuencia es alta o muy alta. En encuestas realizadas a los neurólogos británicos, la cifra de los pacientes diagnosticados por psiquiatras o neurólogos con síntomas físicos y sin hallazgos orgánicos tras estudios completos supera el 20% de todos los enfermos vistos (15). Los porcentajes se duplican en otros estudios donde la somatización alcanza el 40% de pacientes nuevos vistos en un departamento de neurología (16). En ciertas consultas psiquiátricas el 5-16 % de los enfermos vistos fueron enviados para completar la asistencia con el diagnóstico de síntomas conversivos (17), y en la serie descrita por Guze y cols. de 500 pacientes psiquiátricos ambulatorios, el 24 % manifestaron síntomas conversivos (18). Pero también en un servicio de medicina general estimaba Engel que el 20-25 % de los pacientes admitidos mostraban síntomas conversivos (19).

Entidades más concretas como el síndrome de Briquet están representadas en el 2-4 /1000 de la población (20), variaciones dependientes de la selección de la muestra estudiada.

Comparando estudios en diversas poblaciones (población general, medicina general, practica neurológica, y práctica psiquiátrica) se ha establecido una incidencia poblacional de trastornos somatomorfos aproximada de 5-12/100.000 habitantes/año (13) (21) (22) (23) (24). En definitiva, a pesar de la heterogeneidad que encierra el concepto de trastorno somatomorfo, - y sean estos trastornos considerados *lato o stricto senso*-, la histeria, como pensaban nuestros antepasados, debe considerarse un problema epidemiológico psiquiátrico o neurológico de primera magnitud.

Las encuestas actuales confirman el significativo predominio de los síntomas histé-

ricos en el sexo femenino. En relación con los trastornos conversivos neurológicos la frecuencia global es del doble en mujeres. Si analizamos por subtipos sintomáticos existen predominios diferentes, de manera que en las crisis pseudoepilépticas la proporción mujer/hombre es de 2.8/1 y en los trastornos de la marcha de 2.5/1 que contrastan con las parálisis histéricas que son más frecuentes en varones (0.7/1) (25). Y aunque, de nuevo las proporciones de prevalencia de histeria en los distintos sexos es variable en las distintas series, debe afirmarse que es una afección mayoritariamente femenina.

Diferentes estudios también revisan las opiniones clásicas y confirman que la somatización es un fenómeno dependiente de la cultura, relacionado, en general, con el bajo nivel socioeconómico, las zonas rurales, las milicias en tiempo de guerra, los traumatismos craneoencefálicos, los presidiarios y determinados colectivos de inmigrantes, interviniendo factores como la vivencia del esquema corporal enfermo, la idea cultural de enfermedad, la introyección de las palabras del médico (o curandero) que les atiende, los trastornos psiquiátricos y la “ganancia” por la enfermedad (26) (27) (28), si bien estos elementos no son constantes en los histéricos.

De interés son los estudios que indican la progresiva prevalencia de los trastornos conversivos entre las poblaciones portorriqueña (residente en Puerto Rico) y la mejicana por un lado, y la no-hispana residente en USA por otro, así como la reducción de la prevalencia cuando mejora el estado socioeconómico y educativo en estas mismas poblaciones (29). También se ha comparado una población subdesarrollada de la India en 1972 y en 1987 demostrando que la frecuencia de somatización disminuye de

forma paralela a las mejoras económicas y educativas, incrementándose la depresión y permaneciendo inalterado el resto de la patología psiquiátrica. Como conclusión un autor se realiza esta pregunta: “¿Está desapareciendo la histeria?” (30). En definitiva, la histeria parece ser una entidad influida por el medio socioeconómico y cultural (*context-dependent*) si bien falta por explicar los casos negativos, es decir, los ciudadanos inmersos en un colectivo con parámetros socioculturales bajos pero que no responden con síntomas conversivos. O, por el contrario, la presencia de síntomas histéricos en las clases elevadas. En fin, la semejanza de las crisis pseudoepilépticas en contextos socioculturales y en épocas muy diferentes sugiere que los elementos genéticos predominan sobre los del medio ambiente.

En el otro extremo, muchos autores enfatizan en el carácter familiar de la enfermedad, si bien la interpretación de la alta incidencia entre parientes varía entre el condicionamiento de una educación familiar y religiosa común, con conductas contagiosas e imitativas, o en la programación genética. Una alta incidencia en muchas generaciones ha sido subrayada en la India (31 miembros en una familia) (31) o en Europa (32) (33). Filt’s a través de diversos modelos matemáticos de estudio genealógico concluye que el índice de herencia sugiere mecanismos genéticos independientes de los factores contextuales (33). Los estudios en gemelos monocigóticos revelan una alta concordancia en los trastornos somatomorfos si bien no muy diferente de la que muestran los gemelos dicigóticos (34). En fin, la incidencia de trastornos somatomorfos hereditarios se amplía si se consideran otras patologías psiquiátricas en los familiares de los histéricos (alcoholismo, ansiedad o criminalidad)(35)(36).

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS HISTÉRICOS

Centrándonos en los síntomas (síndromes) *neurológicos* histéricos, su frecuencia en relación con el total de admisiones neurológicas en los hospitales occidentales alcanza en los análisis de pacientes del Queen Square llevado a cabo por Trimble (1981)(37) y Marsden (1986) (8) el 1%. Entre 4470 pacientes neurológicos consecutivos ingresados con “síntomas neurológicos típicos” 405 (9%) sufrían trastornos “psicógenos”, “histéricos”, “funcionales” o “conversivos” más que neurológicos. En esta serie se incluía el dolor como primera causa (38). Para Ljungberg la incidencia estimada de histeria era el 0.5 % de la población general (25).

Trimble compara la frecuencia en tres decenios (1951-1953-1955: 6887 admisiones ; 1961-1963-1965: 9608 admisiones; 1971-1973-1975: 9586 admisiones) y apenas varía la cifra de histéricos (1.55, 0.85, 0.95 % respectivamente). Tampoco hay notables diferencias con respecto a los porcentajes en los diferentes síntomas histéricos: motores (32.7, 36.8, 25.1 %); temblores (1.1, 3.4, 4.4 %), convulsiones (11.1, 13.2, 13.8 %), anestesia (5.8, 5.5, 6.9 %), visuales (5.8, 8.3, 10.0 %), dolorosos (25.1, 16.0, 22.6 %), amnesia y similares (3.5, 5.5, 4.4 %), mareos y similares (9.3, 8.3, 9.4 %), otros (5.3, 2.8, 3.4 %) (37). Perkin registra una incidencia estable (3,8%) durante el decenio 1977-1987 en pacientes ambulatorios (39).

Es de interés señalar, sin embargo, un cierto sesgo en la diferente valoración individualizada de los trastornos conversivos entre neurólogos y psiquiatras. Los primeros consideran el carácter agudo y transitorio, mientras que los segundos se centran más en el carácter crónico, la comorbilidad psiquiátrica y la personalidad histriónica (8)(40)(41).

Con las consideraciones antes señaladas podemos afirmar de nuevo que la histeria, lejos de representar una “curiosidad histórica” o una “invención” de los neurólogos del siglo XIX, sigue siendo una entidad relativamente común en la especialidad de neurología (nota a pie de página 10). Como afirma María Ron “el concepto de histeria ha demostrado una resistencia a su extinción mucho mayor de la que sus críticos habían anticipado” (11).

DIAGNÓSTICO

El procedimiento diagnóstico para la identificación de un trastorno conversivo utiliza los mismos instrumentos clínicos que para el diagnóstico de cualquier otro tipo de entidad: anamnesis, exploración física y neurológica completa, y pruebas complementarias de imagen (TAC, RM, SPECT), neurofisiológicas, bioquímicas o genéticas. La estrategia se orienta hacia:

1. Excluir, o no, una causa orgánica que explique los síntomas.
2. En caso de ausencia de base orgánica, identificar por la distribución espacial o temporal (estereotipia) de los síntomas la eventualidad de un trastorno específico que explique los síntomas (jaqueca, crisis epiléptica, distonía, etc)
3. Determinar la presencia de signos que acompañan habitualmente a los déficits de base orgánica (signo inequívocos de organicidad como el signo de Babinski, clonus, etc).
4. Determinar la presencia de signos histéricos (o signos positivos de trastorno conversivo como el signo de Hoover, la disociación entre los defectos que exhibe y la normalidad en actos espontáneos cotidianos, etc.)
5. Orientación final del caso hacia la psicogenia y comorbilidad psiquiátrica

En efecto, el neurólogo se enfrenta con pacientes que desafían con frecuencia su sagacidad semiológica, bien porque la distribución o la forma de los síntomas no corresponden a la topografía anatómica, o porque no se corresponden con los bien establecidos signos semiológicos de lesión orgánica que tanto ocuparon a los neurólogos de antaño.

El carácter abigarrado, extraño en ocasiones, en un terreno emocional e histriónico, de los síntomas condujo a muchos movimientos anormales extrapiramidales a ser considerados erróneamente histéricos. Las crisis epilépticas de origen frontal, las distonías o las coreoatetosis paroxísticas, por citar unos ejemplos, sugieren (por su forma a veces dramática) al clínico inexperto el diagnóstico de enfermedad funcional o histérica.

La historia clínica cuidadosa puede estrechar el cerco diagnóstico si nos revela comorbilidad psiquiátrica, particularmente depresión, ansiedad, pánico o “disfunción cerebral mínima”, síntomas múltiples y recurrentes sin clara patología demostrada, hipcondría, nivel sociocultural bajo, abusos sexuales en la infancia, modelo de enfermedad o contagio, ganancia secundaria como situación de presidio, alistamiento forzado en el ejército en tiempo de guerra, litigios judiciales en marcha, o en reivindicaciones tras traumatismos físicos.

En fin, es posible descubrir una situación de estrés desencadenante del cuadro. Este acontecimiento precipitante varía de una cultura a otra, alcanzando el 90% en los histéricos de zonas rurales de Pakistán (problemas legales y amorosos/matrimoniales en su mayoría) (42) o en épocas de guerra (“neurosis de guerra”) (43). Como todas las vidas están recorridas por sucesos potencialmente estresantes, como no todos los países consi-

deran estresantes los mismos acontecimientos, y como, en fin, la respuesta al estrés es muy individual, para que a un acontecimiento se le pueda atribuir la condición de “desencadenante” de un fenómeno (histérico o no) Jasper sugiere estos tres criterios (44):

1. Relación temporal clara
2. Conexión clara entre el acontecimiento y el contenido histérico
3. El problema psicológico debe desaparecer cuando el acontecimiento estresante deje de actuar.

En cualquier caso, ninguna de estas situaciones tiene un valor definitivo en el diagnóstico y son escasos o inexistentes los trabajos de validación de estas condiciones. El estrés puede precipitar las cefaleas o empeorar un temblor o un movimiento anormal extrapiramidal. La ganancia secundaria es asimismo frecuente en muchas patologías orgánicas (7).

La bella indiferencia. Janet en 1907 describió una sorprendente indiferencia de los histéricos ante su enfermedad que interpretó como el resultado de la *disociación* del plano afectivo y motor en un fallo de la síntesis de la conciencia (142). Desde entonces se ha considerado un acompañante casi constante de la sintomatología histérica. Gould et al. encontraron este signo inespecífico, al objetivarlo en sólo ocho de 30 pacientes con lesiones agudas neurológicas, e interpretadas como negligencia o asomatognosia entre otras (7).

SÍNTOMAS Y SIGNOS POSITIVOS DE HISTERIA

Más allá de descartar patología (o, quizás, antes) es posible para muchos autores adelantar el diagnóstico de síntomas conversi-

vos ante una presentación clínica determinada. Aunque siempre con prudencia, se trata de establecer los *síntomas* y *signos positivos* de histeria.

Las precisas descripciones de Charcot del ataque histérico son en sí mismas diagnósticas y difícilmente incluibles como un proceso epiléptico o de otro tipo. Babinski consideraba que el signo *du gros orteil* permitía diferenciar las hemiplejías histéricas de las orgánicas (45). Su talento semiológico le llevo a describir sucesivos signos diferenciadores entre las diferentes parálisis, como la persistencia de los movimientos asociados al intentar flexionar el tronco en las parálisis orgánicas (46), o la hipotonía del hemicuerpo paralizado en la histeria (47). Para Babinski, en las parálisis orgánicas (en contra de las histéricas), la distribución es estrictamente unilateral, no sistemática, la lengua se dirige hacia el lado de la parálisis, existe ausencia de surco nasolabial, hay cambios en los reflejos tendinosos profundos, ausencia de reflejos cutáneoabdominales, el reflejo cutáneo plantar es extensor, hay exageración de los reflejos de defensa, amiotrofia y alteraciones esfinterianas (48).

Henry Head en un trabajo clásico de 1922 (*The diagnosis of hysteria*) define la histeria como “un estado morboso mental acompañado de manifestaciones físicas y ciertas formas de conducta aberrante. Estos signos físicos son tan definitorios y específicos como los de cualquier otra enfermedad. Se dice, a veces, que la histeria “imita” afecciones orgánicas; pero esto es una propuesta equívoca. El mimetismo sólo puede engañar al observador ignorante... Para el diagnóstico de histeria no basta que no haya enfermedad orgánica demostrable de los síntomas, sino que haya signos positivos de histeria” (49). Su experiencia en neurosis de guerra le permite mediante la observación o utilizando

“trucos”, extraer decenas de signos imposibles en un enfermo orgánico. Citemos algunos ejemplos. El histérico con afonía o mutismo puede fonar normalmente cuando tose. El tartamudeo histérico intercala sílabas perfectamente articuladas en la secuencia de las palabras. El ritmo variable del temblor, el cambio en los músculos afectos, o la desaparición del mismo cuando se entretiene al paciente para que desvíe su atención del miembro afecto. La marcha abigarrada, teatral (marcha de Todd) de muchos histéricos o la incapacidad para andar que se disocia de la exploración aislada de los músculos que intervienen en la deambulación. La conservación de la función esfinteriana en las paraplejías conversivas o la normalidad del movimiento durante el sueño. La presencia de reflejo pupilar en las cegueras histéricas o la distribución nunca anatómica de las anestias conversivas. El listado de Head es amplio y será completado más adelante al individualizar las distintas formas de histeria.

En relación con las crisis histéricas Head retoma las descripciones clásicas donde predominan los movimientos violentos, el “arco histérico” que tan sólo para el clínico poco atento puede remedar el tétanos “pero los músculos del abdomen y de la espalda nunca se contraen a la vez” (49).

En resumen el diagnóstico de la histeria es para Head un diagnóstico positivo en manos del clínico minucioso y avezado. Todavía recientemente se siguen añadiendo nuevos signos al corpus de *signos histéricos* (50). Otros, cuestionan la validez de estos signos como específicos exclusivos de la histeria (7).

Signo de Hoover. Hoover (1865-1927), antiguo fraile metodista natural de Ohio, internista graduado en Harvard, completó su

formación en Europa con Kraus en Viena y con Pierre Marie en Paris. Es después de esta visita (1908) cuando describió en cuatro hemiplejías histéricas el signo que lleva su nombre (51):

“Si una persona normal tumbada en una cama en posición dorsal se le pide que eleve el pie derecho con la pierna extendida, se observará que el talón izquierdo se comprime sobre la cama mientras el muslo y pierna derecha estén elevados. Si se coloca la mano bajo el tendón de Aquiles del lado izquierdo y siente la resistencia muscular que ofrece la pierna izquierda se dará cuenta que el talón izquierdo presiona sobre la cama con la misma fuerza que muestra al elevar la pierna derecha” (51).

El signo de Hoover se basa en el principio de que cualquier persona, con o sin enfermedad, extiende la cadera cuando flexiona la cadera contralateral. El trasfondo fisiológico es el reflejo “de extensión cruzada” descrito por Sherrington, que permite la alternancia de movimientos en la marcha (52). La disociación entre la debilidad extensora de origen histérico y la normalidad durante la maniobra de Hoover ha sido validada de forma sistemática por varios autores (53) (54).

SÍNDROMES HISTÉRICOS

La variedad de síndromes histéricos es amplia pero los límites son imprecisos. Los tratados de psiquiatría anteriores al DSM-IV, aunque más preocupados por la “personalidad histérica” amplían los límites a entidades como la cefalea, la “depresión histérica”, la “angustia histérica” que nosotros no consideramos más que como comorbilidad. No atendemos a las publicaciones psicoanalíticas, más especulativas que observacionales, donde los conceptos son aún más difusos, y

donde el núcleo histérico está presente en casi toda la patología psiquiátrica (55)(56). Los síndromes neurológicos histéricos que describimos están más próximos a los *trastornos conversivos* del DSM-IV.

Ljungberg hace medio siglo y con disponibilidad limitada de medios diagnósticos, utilizando signos clínicos como los detallados por Head, describió la siguiente frecuencia de síntomas conversivos neurológicos en una serie de 381 casos (25):

Trastornos de la marcha	47.2 %
Crisis	20.0 %
Temblor	10.0 %
Parálisis	10.0 %
Estados crepusculares	6.3 %
Amnesia	4.3 %
Afonía.....	1.3 %
Trastornos visuales.....	0.8 %

Aunque muchos pacientes combinan síntomas de varios grupos, vamos a seguir esta ordenación práctica y clínica, prescindiendo, por especulativo, del término “psicógeno” o “conversivo” y mantenemos a falta de mejor alternativa el clásico de “histérico”.

TRASTORNOS HISTÉRICOS DE LA MARCHA

Los trastornos de la marcha son frecuentes en neurología, sobre todo en la senilidad donde representan, tras las alteraciones de la memoria, la segunda causa de afectación neurológica (57). En una gran proporción el origen es multifactorial donde intervienen alteraciones musculoesqueléticas que se expresan por dolor. En general, los trastornos de la marcha por procesos específicos neurológicos (enfermedad de Parkinson, paraparesia espástica, etc.) se identifican bien por la forma singular en que la marcha se altera y por la presencia de determinados síntomas y

signos asociados. Los neurólogos clínicos del Queen Square han ordenado los trastornos de la marcha en tres tipos de acuerdo con los sistemas alterados responsables: “Lowest-level” que incluiría los trastornos del sistema nervioso periférico, muscular, visual o vestibular; “middle-level” como la paraparesia espástica o la marcha parkinsoniana; y los “highest-level” que incluiría los trastornos hemisféricos cerebrales y los conversivos (58).

Hay acuerdo en considerar a la exploración de la marcha, como la mejor prueba aislada para conocer el funcionamiento del sistema nervioso, y puede revelar trastornos motores, sensitivos, movimientos anormales, etc, de origen conversivo. La marcha histérica ocurre, por ejemplo, en el 8-10% de los movimientos anormales conversivos (59). Keane reunió 60 casos de marcha “histérica” siendo mayoritarias las marchas “paréticas” (*tabla 2*), pero con múltiples manifestaciones asociadas (60) (*tabla 3*). La forma más frecuente es la marcha hemiparética bien identificada y descrita por los autores clásicos (marcha de Todd). Este autor describió en 1885 que en la marcha hemiparética la paciente “arrastra al miembro paralizado detrás de ella, como si fuera una pieza de materia inanimada, sin efectuar ninguna actividad de cicunducción, ni esfuerzo de ningún tipo para elevarlo del suelo; el pie va barriendo el suelo mientras camina”(58). Esta marcha dista de parecerse a la característica marcha helicópoda de los hemipléjicos. A ello se suma con frecuencia, actitudes y movimientos extraños, o excesivos e histriónicos no encuadrables en los síndromes clásicos. La paresia suele ser mayor cuando se le observa. La exploración aislada de los grupos musculares de los miembros no suele corresponderse con la invalidez que aqueja. La distracción (o cuando no se siente observado), o bien, la realización de actos espontáneos co-

tidianos suele revelar actividad en los músculos aparentemente paralizados. En el miembro superior es más frecuente esa discordancia. Son raras las caídas. En ocasiones si elevamos los brazos del paciente y los soltamos de forma súbita, el brazo parético no se desploma de forma inmediata. La sugestión hipnótica o meramente verbal puede mejorar el cuadro. Aunque la amenaza de caída es constante, estas son raras u ocurren de forma estructurada para evitar daños físicos. Maniobras como la de Hoover puede ayudar al diagnóstico. La exploración de los reflejos superficiales y profundos es normal. Los miembros paralizados no muestran atrofia. Las pruebas diagnósticas (PET, CT, RM o neurofisiológicas) son normales o muestran una patología que no explica los síntomas.

La astasia-abasia se define como la incapacidad para el uso de las piernas durante la bipedestación (astasia) o la marcha (abasia) pero con movilidad normal estando sentado o tumbado. El cuadro fue descrito por Jaccoud en 1860, y pronto fue incluido por Charcot como el modelo más común de marcha histérica “que puede aparecer de forma súbita después de una emoción o un traumatismo”(61). Roussy y Lhermitte analizaron decenas de variantes de neurosis de guerra en la Primera Guerra Mundial, y la astasia-abasia era la alteración histérica más frecuente (62). Estos autores observaron también una multitud de marchas de formas extravagantes (pseudotabética, pseudopolineurítica, “con el muslo atado”, de robot, blanda, coreica, “golpeando las rodillas”, “sobre superficie pegajosa”, “avanzando en el agua”).

En 1915 en Primera Guerra Mundial, el francés Souques acuñó el término camptocormia (espalda doblada) para los soldados que mostraban esta anomalía tratando de evitar su presencia en los frentes, y que se recuperaban

de forma completa tras varias semanas al alejarse del peligro (*bent back soldiers*)(62). Esta marcha se consideró una simulación provocada por marineros y soldados impositores para evitar el campo de batalla (63).

Aunque la astasia –abasia parecía un modelo de marcha histérica con clara disociación entre la dificultad o imposibilidad de la marcha, y la movilidad normal en bipedestación o sedestación, en los últimos años se han identificado “congelaciones” de la marcha de causa orgánica (“pseudohisteria”) por lo que se debe actuar con cautela ante la astasia-abasia. Son varios los apelativos utilizados para designar esta astasia-abasia de origen orgánico: desequilibrio frontal, “fallo aislado en la iniciación de la marcha”, ataxia frontal, apraxia de la marcha, o congelación de la marcha (“freezing gait”) (57)(64). Suelen ser secundarias a lesiones frontales, hidrocefalia o lesiones periventriculares. También se han descrito en lesiones de las vías vestibuloespinales y tectoespinales, así como en lesiones de los ganglios de la base en enfermedades degenerativas como la astasia talámica (65), la marcha apraxica-abasica (66), el temblor ortostático (67), o la congelación primaria (o secundaria, como en la enfermedad de Parkinson) y progresiva de la marcha(68).

A estos pacientes, de edades adultas o seniles, les cuesta iniciar la marcha, permaneciendo “pegados al suelo” con vacilaciones e intentos por adelantar la pierna. Si forzamos el inicio de la marcha (empujando desde atrás al enfermo) tras unos pasos breves, la marcha se normaliza, con amplitud normal de los pasos, para nuevamente bloquearse si debe vencer un obstáculo (estrechamiento del camino) o dar un giro.

Muchos otros tipos de marcha histérica han sido descritos como la pseudoataxia (38%) o la marcha temblorosa (14%)(60).

En definitiva, el carácter extravagante no siempre apunta a un origen histórico, y posiblemente muchas de las marchas así consideradas por nuestros antepasados eran orgánicas. Lampert y cols. apuntaron seis características que indicaban una alta probabilidad histórica (*tabla 4*) (69).

CRISIS HISTÉRICAS

Pensamos que, al igual que consideraba Charcot, la histeria es básicamente una entidad paroxística, en que las “crisis”, los “ataques”, son el núcleo de la enfermedad. Son varios los términos utilizados para expresar estos episodios, generando un punto de confusión, ya sea enfatizando su semejanza con las crisis epilépticas (“crisis pseudoepilépticas”), o en una supuesta psicogenia (“crisis psicógenas” o “crisis conversivas”). No debe utilizarse el extendido apelativo de “pseudocrisis”, pues se trata de crisis reales (aunque no sean epilépticas). Por otro lado el que las crisis no sean epilépticas no implica que sean histéricas, ya que existen muchas causas (síncopes, episodios ligados al sueño, etc) de crisis cerebrales. El término crisis psicogénicas o psíquicas debería reservarse para la crisis *epilépticas* reflejas a determinadas actividades psíquicas (70). A algunos destacados autores como Trimble no les gusta el nombre utilizado por nosotros de “crisis histéricas” por la condición “peyorativa” de la palabra histeria, pero, en nuestra opinión, ello no justifica el abandono de un término con solera histórica, como no se ha abandonado el término, en la antigüedad maldito, de epilepsia (71).

Las crisis histéricas son, sin duda, la representación más dramática de la entidad, la que mejor se identificó en tiempos pasados entre las brujas perseguidas por La Inquisición, las beatas de Nuevo México en el sigloXVIII, las histéricas de La Salpêtrière o los convulsionarios de Santa Orosia que

han persistido hasta muy recientemente en la ciudad española de Jaca (72). O que llenan las consultas especializadas de los epileptólogos. En la actualidad el problema radica no tanto en su descripción (apenas se ha avanzado desde Charcot) sino en diferenciarlas con prontitud de las crisis epilépticas genuinas y evitar el encañamiento diagnóstico o terapéutico a que, en ocasiones, se someten estos enfermos, con riesgo de sobremedicación, cirugía, etc.

En las unidades especializadas de epilepsia el 20% de los epilépticos no controlados sufren ataques no epilépticos (en su mayoría histéricos)(73). Entre la población ambulatoria que acude a centros públicos por probables crisis epilépticas el porcentaje de crisis histéricas fluctúa entre el 5-20% (74), en su mayoría mujeres (75-80%) (75).

Si atendemos al colectivo de histéricos, las crisis (20%) se sitúan en frecuencia tras los trastornos de la marcha (47.2%) (25). En las ya comentadas estadísticas de Trimble las convulsiones suponían el 13.8% tras los trastornos motores (25.1%) (37). La frecuencia, por tanto, de crisis histéricas es alta y dista mucho de ser una patología residual en desaparición como han considerado muchos autores desde la muerte de Charcot. Estas crisis siguen siendo un problema sanitario de gran dimensión, y en absoluto una invención del afán exhibicionista del maestro francés (76), o una manifestación exclusivamente cultural-dependiente, próxima al espíritu *fin de siglo* XIX, que ha variado sus manifestaciones clínicas en la actualidad (síndrome de fatiga crónica, etc) (77). Los mismos histéricos y con las mismas manifestaciones que observaron nuestros antepasados llaman ahora a la puerta de la consulta de los médicos.

La crisis más común es la bien descrita por Charcot como *gran ataque histérico*,

pero las variaciones sobre este modelo son innumerables. El paciente, generalmente una mujer joven, en relación con una situación de estrés (pero no siempre existente, o al menos identificable), cae al suelo, inicia un parpadeo (*flutter* palpebral), hiperventilación (en ocasiones sonora), a la que siguen convulsiones aisladas faciales, o distales en miembros. Estas convulsiones son al principio de poca amplitud y frecuencia irregular pero a los 30 segundos se van incorporando convulsiones de la musculatura proximal y el tronco. La frecuencia y amplitud de las convulsiones se incrementa y adquieren aspecto pseudorítmico o del todo irregular, en actitud de lucha, o con posturas mantenidas de cabeza, cuello o miembros. El tronco se flexiona o extiende violentamente (arco histérico, bien identificado desde la antigüedad) de forma dramática. Puede emitir sonidos guturales, o gritos o frases no siempre comprensibles. En ningún momento se observa cianosis ni los movimientos adquieren la secuencia y precisión de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas. La duración es variable y puede prolongarse hasta horas (*estado de mal histérico*) (78). La sugestión puede hacer abortar la situación. El estado postcrítico suele ser breve, en ocasiones dominado por un lloro profuso, y el paciente puede recordar lo ocurrido. La variabilidad en los músculos afectados, las posturas contraídas, la duración, etc, es la norma entre los distintos histéricos, pero cada paciente suele repetir el mismo tipo por muy abigarrado que sea. Asimismo, por sugestión se reproduce de forma constante la misma crisis, si acaso con variantes en cuanto a la duración de las mismas. Las cuatro etapas del gran ataque descrito por Charcot rara vez se identifican bien.

No siempre el médico puede observar una crisis,. En general, el clínico debe valorar el enfermo en su conjunto y no apropiarse de

un único dato como definitivo porque puede ser engañoso. Devinsky y Thacker han publicado unos cuadros de signos clínicos comentados que pueden permitirnos afinar en el diagnóstico (*tablas 5 y 6*) (79). Buchanan y Snars tras analizar su larga serie de crisis pseudoepilépticas seleccionan seis aspectos de la anamnesis y seis signos clínicos como más característicos de las crisis histéricas pero, insistimos, sólo orientativos y nunca definitivos (*tabla 7*) (80).

La posibilidad de observar la crisis no siempre es posible, o los testigos no son lo suficientemente minuciosos como para aportar datos claves que nos permitan diferenciar la crisis histérica de la epiléptica; pero ésta puede lograrse a través de grabaciones de los familiares del paciente, o del médico, mediante video, video-EEG, de forma espontánea o inducida por sugestión por el explorador.

Aunque ha sido cuestionada desde el punto de vista ético, creemos que la inducción de una crisis es una prueba de gran valor en el diagnóstico, y ha sido recomendada por diversos expertos (79)(80). Debe realizarse con consentimiento informado y, si es posible, con un familiar testigo de otras crisis para que testimonie la semejanza, o no, de la crisis inducida con las crisis espontáneas. La mayoría de los pacientes con crisis histéricas son fácilmente sugestionables. La técnica utilizada debe ser la sugestión verbal mejor que la infusión de suelo salino. Es cierto que no todos los médicos tienen las mismas dotes "hipnotizadoras". Cualquiera que sea la técnica se basa en lograr la máxima concentración de la atención en algún elemento corporal o sensorial. Por ejemplo, con voz monocorde y continuada se le pide al paciente que se concentre en la glabella que estamos suavemente golpeando con el martillo de reflejos. Se va anun-

ciando que la crisis está cada vez más cerca mientras aceleramos el ritmo del martilleo. A los 5-10 minutos se reproduce la crisis con las características antes descritas. Una vez que se ha identificado el episodio se detienen los golpes y se le va sugestionando en la desaparición de la crisis que se logra de forma completa en uno o dos minutos, sin estupor postcrítico. Esta prueba se puede realizar con video, o con video-EEG, si bien los artefactos provocados en el registro a veces dificultan una correcta interpretación.

El EEG es normal durante las crisis histéricas espontáneas o inducidas (más allá de alteraciones no epilépticas que puedan existir al margen del cuadro). La medida de los niveles de prolactina puede ayudar al diagnóstico cuando se trata de crisis convulsivas generalizadas. Los niveles suelen ser máximos a los quince minutos después de la crisis, y se consideran valorables cifras por encima de 1000 UI/L. En las crisis parciales incluidas las frontales, la elevación de niveles no es significativa.

La coexistencia de crisis epilépticas e histéricas en un mismo individuo no es rara, aunque la frecuencia es muy variable de unos autores a otros (5,9 al 73%) (81)(82)(83). Dodrill en un análisis de 300 pacientes con crisis no epilépticas comprobó que el 12% sufrían, además, crisis epilépticas definitivas y el 24%, posibles crisis epilépticas (84). Y todo esto sin que haya una explicación convincente de esta asociación muy por encima de la esperable en la población general.

Como señalamos anteriormente, tampoco en las crisis histéricas parece ser sobresaliente la personalidad histriónica ni la ganancia por la enfermedad. Con la crisis de la psicología radical tampoco puede aplicarse un sentido simbólico a las convulsiones provo-

cado por un traumatismo psíquico (en el sentido psicoanalítico) no resuelto. Sin embargo, posiblemente a través del estrés o por mecanismos semejantes, es común una "historia psicológica" positiva que actúa como elemento favorecedor o precipitante (*tablas 8 y 9*) (85)(86). Entre ellos hay una relativa alta representación de conflictos sexuales.

MOVIMIENTOS ANORMALES HISTÉRICOS

Recientemente se ha unificado, en el gran colectivo de los movimientos anormales, un capítulo que agrupa una serie de trastornos que asemejan los clásicos síndromes extrapiramidales (parkinsonismo, temblor, mioclonías, distonías) aunque no presentan la típica estereotipia de éstos, no se objetiva patología orgánica ni bioquímica, y que se supone son de origen "psicógeno" (movimientos anormales psicógenos). Los problemas definitorios ya han sido analizados con anterioridad por lo que usaremos el término movimientos anormales histéricos (MAH); además gran parte de las convulsiones y de los trastornos de la marcha ya descritos, se deben a estos MAH.

Aunque, como en otras entidades conversivas, los datos epidemiológicos no son uniformes, los MAH probablemente no rebasen más del 4% de todos los movimientos anormales (87). En la serie de 3700 enfermos con movimientos anormales idiopáticos estudiados por Fahn, los MAH ascendían al 2,1 % (88), y al 3,3 % en la serie de 842 pacientes consecutivos analizados por Factor y cols.(89). Ljungberg en 1957 en su listado de los distintos síndromes conversivos situaba al temblor el tercero en frecuencia (25). En la experiencia comparada de Trimble entre distintas épocas la frecuencia del temblor oscilaba entre el 1,1 y el 4,4% (37). Aunque parece útil la ordenación por su semejanza en

temblores, distonía, etc., muchos de estos movimientos son mixtos o inclasificables. En las clínicas especializadas en movimientos anormales se distribuyen los MAH en : temblor (32,8 %), distonía (25 %), mioclonías (25 %), parkinsonismo (6,1%), trastornos de la marcha (10,9%), con predominio femenino en el 76,5% (90). Entre los 131 pacientes con MAH del Columbia-Presbyterian la distonía fue predominante sobre el temblor: distonía (53%), temblor (13%), trastornos de la marcha (9%), mioclonías (2%), blefarospasmo y movimientos faciales (2%), parkinsonismo (1), tics (1,3%), síndrome de persona rígida (0,6%), discinesias paroxísticas e inclasificables (9%) (87).

La comorbilidad psiquiátrica es también frecuente pero no constante. La ansiedad está presente en el 38,1 % y la depresión en el 19,1 % (91).

De nuevo es de la mayor importancia establecer el diagnóstico cuanto antes, no sólo para evitar sucesivas pruebas diagnósticas y ensayos terapéuticos sino porque el trastorno en sí mismo puede ser severa y crónicamente invalidante. Al igual que con las crisis pseudoepilépticas se han establecido diversas tablas que enfatizan en los síntomas y signos clínicos orientadores (*Tablas 10 y 11*)(87)(90). El diagnóstico debe realizarse con un punto de prudencia, y valorando globalmente todos los datos. El análisis de los movimientos histéricos específicos nos permite aproximarnos mejor al problema.

Distonía histérica. La distonía es un síndrome caracterizado por espasmos repetitivos y posturas anormales. Hasta el 66% de los casos son considerados idiopáticos, sin objetivarse lesión neuropatológica alguna. Tampoco se dispone de marcadores bioquímicos específicos lo suficientemente genera-

lizados para su uso en la práctica diaria. Ello limita su separación de las distonías histéricas, y nos obliga a un diagnóstico positivo en ambos tipos de distonías. En algunas series cerca del 40 % de los pacientes distónicos habían sido diagnosticados de enfermedad psicogénica (92)(93), y en la amplia experiencia de Marsden el porcentaje ascendía al 50 % (8). En la casuística de Fahn y Williams de 814 pacientes distónicos, 793 sufrían formas idiopáticas y 21 distonía histérica comprobada clínicamente (87). La larga serie de estos autores permitió adelantar algunas observaciones diagnósticas de interés. La distonía del pie psicógena era frecuente en los adultos, y rara en los casos idiopáticos. La distonía psicógena había comenzado con el segmento corporal afecto en reposo (11 de 15 pacientes), y tras la acción en la distonía idiopática. La distonía paroxística fue muy común en la distonía psicógena (7 de 21 pacientes). Es notorio en esta serie que el diagnóstico inicial fue de distonía orgánica en 12 de los 21 pacientes, y cinco de ellos fueron sometidos a talamotomía. Se trataba de 19 mujeres y 2 varones, y el retraso en el diagnóstico de distonía psicógena se prolongó entre 1 mes y 15 años. En nueve casos la evolución fue benigna.

Weiner y Lang anotan algunas observaciones que permiten diferenciar la distonía psicógena de la idiopática u orgánica:

- a. La distonía psicógena puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo, es fluctuante y puede propagarse a otras zonas.
- b. La distonía idiopática que comienza en la niñez suele iniciarse en los pies, lo que suele ser excepcional en las de comienzo adulto.
- c. La distonía idiopática, cuando se generaliza, lo hace a lo largo de los años, iniciándose habitualmente en la niñez.

- d. La distonía idiopática suele comenzar con espasmos intencionales o de acción.
- e. Los “trucos” sensitivos para aliviar los espasmos distónicos (tocarse la cara, por ejemplo) no existen en las distonías psicógenas.
- f. Las distonías ocupacionales (que ocurren sólo durante una actividad determinada, como el calambre del escribiente) se consideran de causa orgánica aunque se acentúen en situaciones de tensión emocional.
- g. Los espasmos distónicos verdaderos empeoran con la acción y mejoran con la relajación, la hipnosis y el sueño.
- h. Los movimientos distónicos pueden ocurrir de forma paroxística.
- i. Estos espasmos pueden sufrir fluctuaciones diurnas, empeorando claramente por la noche.
- j. La “distonía sensible a la dopa” de comienzo en la niñez puede mejorar de forma notable con dosis pequeñas de dopa
- k. La distonía rara vez remite (94).

PARKINSONISMO HISTÉRICO

El comienzo de la enfermedad de Parkinson a veces se manifiesta con síntomas como la depresión o dolores en miembros que retrasan el diagnóstico y, por tanto, el tratamiento. La ausencia de un marcador específico disponible impide una fácil identificación entre el parkinsonismo orgánico y el psicógeno. En la serie de Tissebaun y cols. el 40% de los pacientes con enfermedad de Parkinson habían sido diagnosticados de algún tipo de enfermedad psiquiátrica (95).

Lang y cols. pudieron recoger una serie de 14 casos de parkinsonismo psicogénico demostrada clínicamente que merece ser co-

mentada (96). La edad de presentación fue de los 21 a los 63 años, y el retraso en el diagnóstico fue de un más a nueve años. El sexo se repartió en 7 mujeres y 7 varones. Once casos habían sido diagnosticados de parkinsonismo orgánico. El temblor ocurría durante el reposo pero persistía, sin variar la amplitud, con la acción y la postura. El ritmo era variable, dependiendo de las acciones que realizaba, y desaparecía con la distracción. La rigidez ocurrió en seis enfermos pero sin fenómeno de “rueda dentada”. La marcha era atípica, con el brazo afecto firmemente comprimido contra el cuerpo. Los síntomas fueron máximos desde el comienzo. La captación de fluorodopa fue normal en tres pacientes en que se practicó tomografía por emisión de positrones (PET). En un caso claramente psicógeno, con llamativa respuesta a la psicoterapia, la PET mostró una disminución de captación unilateral de fluorodopa. Este caso nos previene de que puedan coexistir ambos tipos de patología. Los diagnósticos más frecuentes fueron la depresión o síndromes conversivos, siendo comunes las somatizaciones múltiples o la búsqueda de compensaciones (96).

TEMBLOR HISTÉRICO

Es el movimiento anormal histérico más frecuente, representando en algunas series hasta el 50% (97) (98). Dos revisiones recientes mostraron que el 9,5-11,3 % de los pacientes enviados por temblor era de tipo psicógeno (99)(100). De nuevo, como en otros movimientos histéricos, el diagnóstico debe ser de exclusión por un lado, y positivo (signos positivos de histeria) por otro, a sabiendas de que pacientes con trastornos orgánicos pueden desarrollar síntomas conversivos (o acentuar su amplitud tras las emociones) y, al contrario, pacientes con alteraciones psiquiátricas pueden sufrir enfermedades con síntomas tremóricos, o ser el

temblor resultado adverso del tratamiento medicamentoso (con litio, por ejemplo) o por privación. El retraso en el diagnóstico se prolongó hasta 20 años en algún caso aislado (100), siendo la media de 42 meses (96)(100). En la mayoría de los casos el diagnóstico alternativo fue de temblor esencial o enfermedad de Parkinson. El predominio femenino se señala en todas las series. La instauración fue súbita en el 50-61% de los casos (99)(100).

Koller y cols. reunieron en una serie 24 sujetos con temblor psicógeno definido clínicamente (97). En casi la totalidad de los casos el temblor apareció de forma repentina, circunstancia infrecuente en la mayoría de los temblores, excepto en aquellos causados por lesión vascular. El ritmo y amplitud del temblor era variable, y se presentaba en el reposo, la actitud y la intención. La distracción podía disminuir, incluso anular, el temblor, y la atención lo acentuaba. No era rara la disociación entre los hallazgos exploratorios y el comportamiento del paciente en las actividades espontáneas de la vida cotidiana.

Gironell y cols. revisan los hallazgos electrofisiológicos en 8 pacientes con temblor psicógeno observándose una variación en la frecuencia superior a 2 Hz en la mayoría de ellos (100).

Marjama y cols., tras revisar diversas series, establecen un listado de siete puntos que puede ayudar a establecer el diagnóstico:

- a. El temblor orgánico se instaura por lo general de forma gradual.
- b. El temblor parkinsoniano suele comenzar de forma unilateral.
- c. El temblor orgánico suele ser de reposo (enfermedad de parkinson), intencional (cerebelopatía) o de actitud (temblor

esencial), pero rara vez en las tres situaciones, excepto en el temblor “rúbri-co” mesencefálico; aunque éste suele ser máximo en la acción y discreto en el reposo.

- d.* En el temblor ocupacional (temblor primario de la escritura) suele asociarse un temblor postural leve, y otro que se manifiesta durante la prono-supinación lenta del antebrazo.
- e.* El temblor orgánico puede acentuarse con la angustia y aliviarse con la relajación.
- f.* La frecuencia rara vez varía en el temblor orgánico; la amplitud y sólo ella, puede mejorar tras farmacoterapia.
- g.* Es rara la remisión espontánea del temblor orgánico (101).

La forma del temblor histérico puede ser irregular por variación de los músculos participantes, y con ciertas características histriónicas. El temblor simulado suele ocurrir en grupos musculares que determinan una situación dramática pero con cierta economía energética. El autor tuvo la ocasión de ver a tres mendigos no relacionados entre sí, con un temblor simulado con amplias oscilaciones y ritmo lento, de flexoextensión de codo que sólo ocurría cuando se acercaban fieles a la iglesia.

MIOCLONÍAS PSICÓGENAS

Para Monday y Jankovic las mioclonías son el movimiento histérico más frecuente (102). Estos autores han publicado su experiencia en 18 sujetos de un total de 89 con movimientos anormales psicógenos afectos de mioclonías histéricas confirmadas clínicamente (el 8,5 % de 212 pacientes con mioclonías). Las edades variaban de 12 a 75 años (media, 42,5 años), y el sexo se repartía en 13 mujeres y 5 hombres. En todos los pacientes la contracción ocurría en el reposo, en 14 de

ellos se acentuaba con el movimiento, y en otros 14 disminuía con la distracción. En 6 pacientes había remisiones espontáneas de varias horas de duración y en 9 el placebo se mostró eficaz. Cinco pacientes tenían debilidad o pérdida sensitiva incongruente.

Las mioclonías eran segmentarias en 10 casos, generalizadas en 7, y focales en un caso. La frecuencia, amplitud y ritmo eran muy variables. En otros 10 casos se diagnosticó alteración psiquiátrica (depresión en cuatro, ataques de pánico en dos, trastornos de la personalidad en dos, trastornos de ajuste en uno y ciclotimia en otro). La evolución fue de remisión parcial o completa en siete casos de los 12 que fueron seguidos. Los criterios utilizados por estos autores para el diagnóstico de mioclono psicógeno fueron:

- a.* la variabilidad de forma amplitud y ritmo
- b.* la presencia de sintomatología psicogénica asociada.
- c.* la reducción importante con la distracción.
- d.* la agudización o alivio con el placebo o la sugestión.
- e.* la existencia de periodos espontáneos de remisión.
- f.* el comienzo agudo y la resolución también aguda.
- g.* la evidencia de psicopatología subyacente.

Estas diskinesias histéricas adoptan con frecuencia carácter paroxístico (carreras, movimientos oscilatorios de tronco, etc) que pueden sugerir distonías cinesigénicas (103) o, complicando aún más el caso, ocurrir de forma añadida en el contexto de una distonía orgánica (104).

Aunque los criterios utilizados para otros defectos histéricos como el mutismo, la

afonía (no presente durante la tos), la disartria o la disfonía espasmódica, son semejantes a las incongruencias ya descritas en otros cuadros conversivos, los análisis de los laboratorios de voz han permitido identificar los elementos diferenciales (105).

PARÁLISIS Y ANESTESIA HISTÉRICA

La parálisis histérica ha sido indirectamente revisada en el capítulo de los trastornos de la marcha o en la clínica general de los trastornos conversivos. En la amplia serie de Ljunberg suponían el 10 % de todos los histéricos, por detrás de los movimientos anormales (25). La estrategia diagnóstica la expusimos en el capítulo dedicado al diagnóstico de los síntomas histéricos, basándonos en la *inconsistencia* entre los síntomas referidos y los que apreciamos cuando desviamos la atención del paciente, o con los que realiza de forma espontánea en actos cotidianos como quitarse la ropa. Los signos positivos (Hoover, etc.), la influencia de la sugestión o la presencia de comorbilidad psiquiátrica completan el cuadro.

Los defectos sensitivos suelen acompañar a las hemiplejías o paraplejías y afectan simultáneamente todos los tipos de sensibilidad y la distribución de los déficits no se corresponde con los bien establecidos centros y vías sensitivas y su representación somática. No rara vez las hemianestias se asocian a defectos sensoriales ipsilaterales como sordera o ceguera; o establecen la línea de división entre el hemicuerpo sano y el anestésico de forma exacta en la línea media (y no paramediana), en contra del hecho de que los nervios intercostales pueden sobrepasar 1-2 cms el otro hemicuerpo. En el caso de sensibilidad vibratoria (que se transmite y percibe desde el hemicráneo o esternón contralateral) los histéricos afirman no recibir infor-

mación vibratoria en esas localizaciones paramedianas. O yerran cuando con las manos y dedos cruzados tras la espalda (para evitar identificar el lado derecho o izquierdo) pedimos al enfermo que nos diga si estimulamos a o no. Como ocurre con las hemiplejías, parece existir un predominio en el hemicuerpo izquierdo (102). Esta lateralidad de los síntomas histéricos fue anotado en 1924 por Purves-Stewart (“pequeñas islas en la piel... generalmente en el lado izquierdo excepto en los zurdos) (103), y parece confirmarse en series posteriores (104). La predominancia izquierda ocurre en hemiplejías y hemianestias, y en dolores crónicos “neuróticos” (105) (106), lo que ha provocado interpretaciones sobre “disociaciones” entre ambos hemisferios (107), incluso se ha interpretado la *belle indifférence* como expresión de la *anosognosia* que ocurre en las lesiones hemisféricas derechas. En la heterogénea serie de 405 pacientes de Lempert y cols. no se demostró, sin embargo, predominio de uno u otro lado del cuerpo, aunque sí la mayor frecuencia en mujeres (64 %)(38).

No existen muchos trabajos sobre el pronóstico de todos estos cuadros conversivos, pero los estudios prospectivos tras varios años demuestran que la mayoría mejora de forma significativa. Asimismo en las mas recientes series no existen “nuevos diagnósticos” como ocurrió en la década de los sesenta y motivó el provocador trabajo de Slater (108) (3).

OFTALMOPATÍAS HISTÉRICAS

Los trastornos sensoriales histéricos (que sólo mencionaremos brevemente) como la ceguera o la sordera son frecuentes. Los cuadros neurooftalmológicos “funcionales” o no orgánicos, constituyen el 5 % de los pacientes que acuden a la consulta de un oftalmólogo general (109) Es preciso adelantar

que algunos procesos considerados hace 30 años histéricos como los tics o el blefarospasmo se incluyen hoy en día entre los movimientos anormales orgánicos o al menos con un sustrato neuroquímico (hiperactividad dopaminérgica). El proceso de mayor dramatismo es la ceguera total o parcial histérica (109)(110). Los datos de la observación de las actitudes del paciente nos sugieren la presencia de un histérico. El ciego orgánico suele caminar erecto o con una leve extensión de tronco y proceder con cautela. El ciego funcional camina con una leve flexión de tronco y choca con los objetos para probar que no ve. Si se le pide a un ciego real que mire a la palma de su mano lo hará con precisión (pues no tiene perdida la información cenestésica); el ciego ficticio mirará en cualquier dirección excepto a la mano. Si solicitamos de un ciego que estampe la firma sobre un papel, lo hará correctamente, y no mediante garabatos como suele hacerlo el histérico. En la ceguera histérica la motilidad pupilar es normal (excepto que haya otra causa que justifique una anomalía a ese nivel). El cuadro inicial más común de una pérdida campimétrica funcional es la constricción generalizada del campo visual en uno o ambos ojos. En la “visión tubular” orgánica al alejar o aproximar al paciente el campo se reduce o agranda, lo que no ocurre con la visión tubular funcional.

Casi todos los tipos de hemianopsia o defectos escotómicos son posibles en los histéricos. En las hemianopsias orgánicas el meridiano central suele estar respetado. En cualquier caso es preciso un examen oftalmológico completo. A semejanza de otros cuadros histéricos, en las distintas series oftalmológicas se descubre con mayor o menor frecuencia la relación del cuadro funcional con impactos emocionales, la “belle indifférence”, la influencia de la sugestión, etc.(111)(112).

No vamos a incluir en esta monografía, estados “disociativos” como la fuga o la amnesia histérica o el llamado “dolor psicógeno”.

COEXISTENCIA DE LESIONES ORGÁNICAS E HISTÉRICAS

La presencia de síntomas histéricos en enfermedades cerebrales no invalida la condición de histeria. La histeria, como hemos señalado en varias ocasiones, no se define por la ausencia de lesiones orgánicas, sino porque éstas *no explican* los síntomas que padece el enfermo. Para María Ron, estas situaciones lejos de suponer una contradicción pueden aportar datos claves para el mejor conocimiento de la histeria (41). La asociación de síntomas conversivos y traumatismos craneoencefálicos viene de largo (9), generalmente en traumatismos leves y tras un periodo asintomático.

El ejemplo más intrigante es la alta frecuencia de crisis pseudoepilépticas en los epilépticos (hasta el 25 %), y sobre todo en aquellos con encefalopatía de base o con niveles tóxicos antiepilépticos (113). En la esclerosis múltiple se han multiplicado descripciones de síntomas conversivos que ha obligado a teorizar sobre dicha coexistencia (114). En ocasiones se ha interpretado esta asociación como una forma de incrementar la ganancia por la enfermedad (114). Otros autores han buscado un “centro de la histeria”, o mejor una disfunción como en el caso del lóbulo frontal que actúa disminuyendo los mecanismos de atención y favoreciendo cuadros disociativos (11).

Nosotros pudimos recoger 12 casos que cumplían criterios de jaqueca basilar y que asociaban durante los episodios síntomas conversivos en forma de espasmos, temblor o crisis pseudoepilépticas la mayoría (115) que

interpretamos como la emergencia de respuestas desinhibidas (o distorsionadas) atávicas en un contexto disociativo de dolor y disminución de la atención.

PATOGENIA DE LA HISTERIA

Tras la crisis del psicoanálisis y cierto “reposo teórico” del psicologismo radical en las hipótesis especulativas sobre la histeria, en los últimos años se ha multiplicado los estudios de las experiencias histéricas con técnicas de imagen cerebral funcional (EEG, fMRI, PET, SPECT) tratando de relacionar “disfunciones” de estructuras específicas cerebrales con los síntomas conversivos. La mayoría de los estudios se han realizados sobre las parálisis o anestias histéricas (116), muchos menos sobre las crisis pseudoepilépticas (117), algunos puntuales sobre las disociaciones inducidas por la hipnosis (118), y casi nada sobre los movimientos anormales histéricos.

Como apuntamos, desde el punto de vista clínico algunos autores han creído relacionar la “anosognosia”, situación bien definida en las lesiones hemisféricas derechas, con la histeria (y la “belle indifference”) y la posible especial vulnerabilidad para la conversión del hemisferio izquierdo (119).

Las hipótesis “disociativas” entre estructuras subcorticales (tálamo, cuerpo estriado, etc.) y corticales (lóbulo frontal)(120), o entre diversas estructuras corticales como la disociación interhemisférica (síndrome de desconexión) (121), o por hipofunción del cortex cingular (122) o del lóbulo límbico (123), en una pugna de hiperactividades subcorticales debidas a la emoción o el “subconsciente”, e inhibiciones secundarias corticales responsables de las parálisis, se han movido a un nivel especulativo. El déficit de la atención (por disminución del nivel de

conciencia, o por atención selectiva en un solo elemento con anulación de los demás, como ocurre con la hipnosis) parece subyacer a todas las hipótesis (41).

Sin embargo estudios pioneros no mostraron diferencias entre el registro electroencefalográficos de individuos en estado de hipnosis y en situación normal de vigilia (124). Los registros electroencefalográficos actuales y los potenciales auditivos, visuales o somestéticos no han mostrado anomalías, indicando la normalidad de las latencias y amplitudes una integridad anatómica y funcional de las vías sensitivas primarias (125). Tan sólo recientemente se han identificado sutiles alteraciones en la amplitud de las ondas más tardías (P-300) en el lado conversivo en los potenciales evocados (126), indicando participación de los más altos niveles de procesamiento. Tampoco la magnetoencefalografía ha demostrado hallazgos consistentes (127). Los estudios neurofisiológicos parecen indicar una inhibición corticofuga de las aferencias en la formación reticular del tronco cerebral (128). Otros parecen responsabilizar la capacidad de vigilancia del lóbulo frontal y de atención selectiva del cíngulo anterior (129).

La estimulación magnética del córtex motor en pacientes con parálisis histérica del brazo no ha demostrado alteración de las latencias o de las amplitudes de las respuestas (130) lo que implica una normalidad estructural y funcional de las vías motoras primarias. Se ha tratado de responsabilizar al potencial EEG que precede hasta 500 ms la acción motora (*readiness potential*, o *Bereitschafts potential*) y que es influenciado por la voluntad como una de las dianas a estudiar para entender mejor la histeria (131). En conjunto, los estudios neurofisiológicos son escasos, y parecen comprometer zonas cerebrales que actúan en el proceso

más complejo de la información (motivación, expectativas, etc). En todos estos estudios es difícil distinguir si estos hallazgos son causa o consecuencia de la histeria, si se trata realmente de *disfunciones*, o si son tan sólo el substrato anatómico de unas situaciones complejas de origen desconocido.

Tampoco parecen aportar mucho los estudios de determinación de neurotransmisores. Los registros se han orientado al principal neurotransmisor subcortical, la dopamina. Spiegel obtuvo elevados niveles de ácido homovanílico en el líquido cefalorraquídeo durante los estados hipnóticos lo que sugiere activación del sistema estriado (129).

Los estudios funcionales de imagen que se han multiplicado últimamente para el estudio de diversas patologías psiquiátricas han sido escasos en tratar de entender la histeria. Un estudio hemodinámico sistemático mediante SPECT se aplicó a siete pacientes con hemiplejía histérica sin afectación de otros sistemas, de comienzo reciente y corta duración (132). Durante 6 meses se sometió a los pacientes a la técnica SPECT en tres situaciones diferentes:

1. en reposo, en situación basal, con la hemiplejía.
2. tras estimulación vibratoria (que permite la activación del córtex sensitivo y motor del cerebro) en ambos hemisferios.
3. tras la recuperación del cuadro (en cuatro pacientes).

Un primer análisis comparando la situación basal y tras la estimulación vibratoria mostró un incremento del flujo sanguíneo cerebral de forma simétrica y bilateral en áreas frontales y parietales. De mayor interés fue la comparación tras la estimulación cuando existía la hemiplejía y tras la recupe-

ración. Durante el episodio histérico existía un déficit comparativo de flujo en el tálamo y ganglios basales contralateral a la hemiplejía tras la estimulación. De nuevo la prueba orienta a que una localización subcortical (o mejor, del circuito reverberante modulador de la respuesta motora cortico-estriado-tálamo-cortical) se implica en los síntomas histéricos (132).

Apenas 5 pacientes se han estudiado mediante PET, y siempre con síntomas motores conversivos (nunca crisis pseudoepilépticas, por ejemplo). El diseño de Spence y cols es original (133). Compara tres parálisis histéricas (2 en el brazo izquierdo y una en el derecho) y se compara con cuatro sujetos sanos a los que se les instruye para que simulen debilidad en la mano derecha. Los pacientes histéricos mostraron una actividad disminuida en el cortex prefrontal izquierdo, mientras que los controles simuladores mostraban disminución de la actividad en el cortex prefrontal derecho. Concluyeron que en el cortex prefrontal izquierdo es el encargado de la planificación motora e interviene en la parálisis (133).

Mediante las técnicas de imagen por resonancia magnética funcional se han llevado a cabo algunos trabajos que analizan la actividad cerebral durante la anestesia histérica y en los defectos perceptivos visuales no explicados (134)(135). En el primer caso tras la estimulación táctil y dolorosa del hemisferio enfermo se detectó un fallo en la activación del tálamo, cortex cingular anterior, ínsula y zona inferior frontal, lo que no ocurrió en el hemisferio sano. Además las áreas activadas tras estímulo del lado sano se desactivaban al estimular el hemisferio afecto, como las áreas prefrontales. Por último se mantenían activas áreas del cortex prefrontal y parietal tras estímulo de uno u otro hemisferio (134).

Este juego de activaciones o inhibiciones relacionadas pudo también observarse en cinco pacientes con pérdida inexplicable de la vista. Se observó disminución de la actividad en el córtex visual y en el córtex cingular anterior durante la estimulación visual. Por otro lado, aumentaba la actividad en el cortex cingular anterior, ínsula, polos temporales, y regiones tálamoestriadas de ambos lados (135). En ambos casos se sugiere una inhibición moduladora que nace de la hiperactividad del lóbulo límbico. Aunque los estudios son escasos y no descubren causas de la histeria, permiten identificar el substrato anatómico que se activa en la histeria.

Recapitulando, la mayoría de las cuestiones dirigidas a esclarecer la causa de la histeria permanecen pendientes, y a pesar de los esfuerzos de grandes pensadores médicos y de la extrema especulación que ha gravitado sobre esta condición, continúa siendo una enfermedad (o enfermedades, que ni siquiera esto está claro) de origen desconocido. Poco se ha avanzado desde Charcot o Freud en lograr una explicación satisfactoria. Sin duda supone la concurrencia de factores. Existe un factor genético que se revela con mayor expresividad en el sexo femenino (pero no siempre, ni exclusivamente), como la mayor emocionalidad y la relativa hipercinesia e hipotonía. Asimismo cierto mimetismo cultural, pero no obligado, pues sorprende que en culturas muy diferentes tengan, por ejemplo, crisis histéricas similares. Interviene en el desencadenamiento una distorsión del esquema corporal, de la conciencia de nuestro cuerpo en sus aspectos sensitivos y motores, y una disminución del nivel de alerta ya sea por la concentración en determinados objetos o situaciones (sugestión), o impactos emocionales. Pero, el porqué este tipo de crisis pseudoepilépticas, por ejemplo, con grandes, aparatosos y determinados movimientos, y no otros, puede corresponder a respuestas

atávicas defensivas del ser humano. El tema está abierto y queda mucho por andar.

TRATAMIENTO

No existe suficiente experiencia controlada sobre la terapia en los variables cuadros clínicos histéricos que nos permita adelantar conclusiones sólidas sobre el tratamiento. Por ello es preciso guiarse por el sentido común y aconsejar una serie de medidas generales.

En primer lugar el tratamiento debe ser individualizado, valorando todos los aspectos emocionales, familiares, y sociales que convergen en cada caso. Debe evitarse el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, común en estos enfermos, y ser prudente en la información, de manera que no se creen dependencias excesivas con el médico.

El anunciar al paciente que no sufre lesiones orgánicas, puede tranquilizar sobre el pronóstico, debido al, en ocasiones, dramático carácter de los síntomas, pero ahí no debe finalizarse información. No se debe psicologizar en demasía al enfermo que puede estigmatizarle.

Debemos atender de forma prioritaria la comorbilidad psiquiátrica como depresión o ansiedad, mediante el tratamiento con drogas ansiolíticas y/o antidepresivas, o terapia cognitiva-conductual monitorizando de cerca la eventualidad de dependencia o signos adversos.

Dentro de lo posible se evitarán situaciones interpersonales (abusos sexuales, malas relaciones familiares, etc) o sociales (litigios, trabajos peligrosos) que puedan favorecer el cuadro.

La hipnosis es una técnica no fácil de practicar por todos los profesionales por lo que está abandonada en algunos países. Sin em-

bargo, en la experiencia del autor la sugestión y la hipnosis, pueden ser eficaces en casos aislados. También el placebo ha permitido aliviar movimientos anormales histéricos (102).

En casos de crisis pseudoepilépticas la actuación debe ser similar, evitándose la sobremedicación antiepiléptica. Debe confirmarse que no se trata de jaquecas basilares en cuyo caso el tratamiento preventivo (betablo-

queantes, ácido valproico) suele disminuir la frecuencia (115).

El amytal intravenoso tuvo cierta vigencia durante la Segunda Guerra Mundial y parece abandonado (136).

En cualquier caso, es precisa la actuación coordinada de neurólogos, psiquiatras y psicoterapeutas.

TABLA 1. Criterios para el diagnóstico de los Trastornos de Conversión (300.11)

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente anormales.
- E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita al dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

- G. .4 Con síntoma o déficit motor
 - .5 Con crisis y convulsiones
 - .6 Con síntoma o déficit sensorial
 - .7 De presentación mixta

TABLA 2. Tipos de trastornos con marcha histérica (60 pacientes) (Keane, 1989)

Descripción	No. de casos
Hemiparética (izquierda 9; derecha 4)	13
Paraparética	10
Atáxica	24
Temblorosa	9
Distónica	2
Mioclono truncal	2
Piernas rígidas (marcha de robot)	1
A golpes (tabética)	1
Camptocormia (espalda flexionada)	1

TABLA 3. Manifestaciones histéricas asociadas (60 pacientes) (Keane, 1989)

Signos	No. de pacientes
<i>Signos oculares</i>	
Pérdida de campo visual	13
Disminución de agudeza visual	6
Movilidad ocular limitada	4
Diplopia monocular	3
<i>Otros signos neurológicos</i>	
Hemiparesia	12
Cuadriparesia	7
Paraparesia	4
Monoparesia	1
Triparésia	1
Alteraciones de la voz	1
Temblor	5
Contracturas	2
Dedo-ojo (o barbilla) en la prueba dedo-nariz	3

TABLA 4. Seis hechos característicos de la marcha psicógena (Lempert y cols, 1991)

Hecho	n	%
1. Fluctuación de los síntomas	19	51
2. Marcha lenta	13	35
Marcha vacilante	6	16
3. Romberg psicogénico	12	32
4. "Andar sobre hielo"	11	30
5. Posturas "antieconómicas" con gran gasto energético	11	30
6. Súbito bloqueo de las rodillas	10	27

TABLA 5. Datos anamnésticos aportados por el enfermo que sugieren convulsiones psicógenas no epilépticas (Devinsky y Tacker, 1995)

Signos clínicos	Comentarios
Inducidos por estrés o por entornos específicos.	El estrés puede desencadenar crisis epilépticas.
Mal control de las convulsiones a pesar de márgenes terapéuticos en suero de las drogas antiepilépticas (AED)	Existen epilépticos refractarios. La sobredosis puede empeorar la epilepsia.
Ausencia de lesión física a pesar de innumerables crisis generalizadas tónico clónicas (CTCG).	Muchas CTCG, sobre todo durante el sueño, pueden no mostrar lesiones. La mayoría de las convulsiones psicógenas no epilépticas (CPNE) no sufren daño importante.
Ausencia de cefalalgia o dolorimiento muscular tras las CTCG.	Las cefalgias son señaladas con frecuencia por CPNE.
Ausencia de incontinencia o de mordedura de lengua.	Hay CTCG sin estas situaciones y raramente pueden ocurrir en las CPNE.
Antecedente de abuso sexual o físico.	Sólo está presente en un tercio de los casos con CPNE y es común en la sociedad actual.
Conocimiento de la epilepsia (profesionales o personales).	La epilepsia se manifiesta en personal médico y asistencial y puede ser familiar.
Antecedentes de otros signos neurológicos o síntomas que sugieren trastorno conversivo.	Los pacientes con trastornos como lupus o esclerosis múltiple inicialmente pueden ser diagnosticados de histéricos.
Antecedentes de otros cuadros rebeldes, en particular dolor (Ej.: cefalea)	Puede suceder en la epilepsia

TABLA 6. Signos que sugieren convulsiones no epilépticas psicógenas (Devinsky y Thacker, 1995)

Comienzo gradual de la crisis	Las convulsiones epilépticas comienzan de modo repentino pero suelen ser precedidas de aura (<2minutos) o síntomas premonitorios (minutos u horas).
Duración larga	Las convulsiones epilépticas suelen durar menos de 4 minutos, pero cualquier convulsión puede ser prolongada; diferenciar entre fase crítica y postcrítica.
Movimientos de golpeteo incesante, lucha, llanto, balanceo pélvico, rodamiento de un lado a otro, movimientos bruscos	En caso de convulsiones parciales complejas del lóbulo frontal se observan automatismos complejos anómalos
Contracciones desfasadas arrítmicas e intermitentes	Durante CTCG las contracciones son rítmicas y se lentifican antes de cesar.
La actividad motora se detiene e inicia de nuevo	La actividad que aparece y desaparece es muy rara en la epilepsia.
Capacidad de hablar durante los movimientos tónicos o clónicos bilaterales	En crisis parciales complejas puede haber la emisión repetitiva de palabras. Nunca en la CTCG excepto en crisis del área motora suplementaria.
Actividad motora bilateral con conservación de la conciencia	Sólo en crisis del área motora suplementaria.
Convulsiones sin afectación de cara	En la epilepsia las convulsiones de cara pueden ser tempranas y sutiles.
Actividad convulsiva de comienzo gradual	Las convulsiones epilépticas terminan de forma repentina..
Actividad clónica que termina de forma repentina	Al finalizar la CTCG las clonías se van espaciando.
Los signos clínicos fluctúan de una crisis a la siguiente	Las crisis epilépticas son estereotipadas.
Suele no haber confusión o letargia postictal	Puede no haber destacada confusión tras crisis parciales.
Llanto postcrítico u obscenidades verbales	Puede haber conducta agresiva postcrítica si se sujeta físicamente a los enfermos.
Sugestibilidad para inducir, mantener o finalizar la crisis	

TABLA 7. Características clínicas indicadoras de crisis pseudoepilépticas (Buchanan y Snars, 1995)

Historia clínica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Angustia emocional previa a la crisis 2. Larga historia personal de somatizaciones (Síndrome de Briquet) 3. Historia de depresión, ansiedad, ingesta de drogas psicotrópicas 4. Presencia de un modelo 5. No se presentan durante el sueño. Ni estando sólo el paciente 6. Falta de respuesta a dosis crecientes de antiepilepticos
Signos clínicos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Las crisis prolongadas, particularmente sin cianosis son típicas de crisis pseudoepilépticas (CPE) 2. Las crisis con inicio gradual, precedidas de alteración del estado mental, y con buena recuperación poscrítica apunta a CPE 3. La habilidad para conseguir que un paciente responda durante la crisis apunta a CPE. Así como la resistencia activa a abrir los párpados 4. Son característicos de CPE: movimientos clónicos desfasados de las extremidades; movimientos pélvicos, hiperextensión axial, arqueado de espalda.

TABLA 8. Historia psicológica en 93 pacientes con Crisis Pseudoepilépticas (Lancman y cols, 1993)

Conflicto familiar	32
Víctima de abusos sexuales	10
Muerte de un miembro de la familia	8
Hospitalizaciones múltiples	7
Abuso de drogas	4
Intentos de suicidio	3
Víctima de malos tratos	1
Promiscuidad	1
Sin pruebas de anomalía importante	18

TABLA 9. Acontecimientos etiológicos probables en 18 pacientes con Crisis Pseudoepilépticas (Buchanan y Snars, 1991)

Crisis pseudoepilépticas agudas	
Estrés	12
Absentismo escolar	3
Demanda de atención	2
Menstruación precoz	1
Crisis pseudoepilépticas crónicas	
Estrés doméstico	11
Demanda de atención	11
Supuestos abusos sexuales de menores	4
Temas relacionados con la sexualidad	3
Gran dependencia paterna	3
Modelo de comportamiento patológico	3
Desconocido	
Absentismo escolar	2
Lobotomía temporal posterior	2
Síndrome de Munchausen	1
Abuso de anfetaminas	1
Intoxicación por barbitúricos	1

TABLA 10. Claves generales que orientan que un trastorno del movimiento puede ser “psicógeno” (Miyasaki y cols., 2003)

Historia clínica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comienzo agudo 2. Curso estable 3. Remisiones espontáneas 4. Trastorno psiquiátrico obvio 5. Trabajador sanitario 6. Litigios o compensaciones pendientes 7. Presencia de ganancia secundaria 8. Mujer joven
Signos clínicos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inconsistencia de las características del movimiento (amplitud, frecuencia, distribución, discapacidad creada) 2. Trastornos paroxísticos del movimiento 3. Los movimientos aumentan con la atención y disminuyen con la distracción 4. Los movimientos son influenciados con la sugestión 5. Debilidad falsa 6. Trastornos sensoriales falsos 7. Autolesiones 8. Lentitud deliberada de los movimientos 9. Discapacidad funcional desproporcionada con los hallazgos clínicos 10. Movimientos extravagantes, múltiples y difíciles de clasificar
Respuesta terapéutica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de respuesta a las medicaciones apropiadas 2. Respuesta a los placebos 3. Remisión con psicoterapia

TABLA 11. Niveles de certeza en el diagnóstico de Movimientos Anormales Psicógenos (MAP) (Fahn y Willians, 1988)

<p>MAP documentado. Los movimientos ceden con la psicoterapia, la sugestión psicológica o el placebo. Se comprueba que el paciente no presenta los síntomas cuando no se cree observado.</p>
<p>MAP clínicamente establecido. Los movimientos son incongruentes en el tiempo o no corresponden con los síntomas clásicos. Existe una disociación entre las dificultades que muestra en la exploración y la dificultad de su desenvolvimiento en las actividades cotidianas. Además uno o más de los siguientes: signos definitivamente psicógenos (falsas parálisis o anestias, lesiones autoinfligidas), somatizaciones múltiples o enfermedad psiquiátrica confirmada.</p>
<p>MAP probable. Los movimientos son inconsistentes y no concuerdan con los síntomas clásicos, o son consistentes pero existen elementos clínicos asociados (falsa parálisis o anestesia) sugerentes de psicogenidad, o muestra somatizaciones múltiples.</p>
<p>MAP posible. La sospecha de que el movimiento anormal tiene un origen psicológico se basa solamente en la presencia de un trastorno emocional obvio.</p>

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **American Psychiatric Association.** DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Española, López-Ibor Aliño. Ed Masson, Barcelona 1995, pp. 499-500.
- (2) **Galeno.** Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales. Ed y Trad Ch. Darenberg, Tomo II. Paris, 1856, pp. 685-686.
- (3) **Slater E.** Diagnosis of hysteria. *Brit Med J* 1965, 1: 1395-1399.
- (4) **Reed JL.** The diagnosis of hysteria. *Psycholog Med* 1975, 5: 13-16.
- (5) **Guze SB, Cloninger CR, Martin RL y cols.** A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *Brit J Psychiat* 1986, 149:17-23.
- (6) **Crimslik HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron M.** Slater revisited: 6 year follow-up of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998; 316: 582-586.
- (7) **Gould R, Miller BL, Goldberg MA, Benson DF.** The validity of hysterical signs and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 593-597.
- (8) **Marsden CD.** Hysteria-a neurologist view. *Psychological Med* 1986; 16: 277-288.
- (9) **Whitlock FA.** The aetiology of hysteria. *Act Psychiat Scand* 1967; 43: 144-162.
- (10) **Merskey H, Buhrich NA.** Hysteria and organic brain diseases. *Brit J Med Psychol* 1975; 48: 359-366.
- (11) **Stone J, Smyth, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M.** Systematic Review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria" *BMJ* 2005; 331:989.
- (12) **Ron M.** Somatización and Conversion Disorders. En: *Neuropsychiatry*. Ed: BS Fogel, RB Schiffer, SM Rao. Williams & Wilkins, Baltimore 1996, p. 627.
- (13) **BMJ.** The search for a psychiatric Esperanto. *BMJ* 1976; ii: 59-60.
- (14) **Watts CAH, Cawte, EC, Kusenbergh EW.** Survey of mental illness in general practice. *Brit Med J* 1964; 2: 1351-1359.
- (15) **Mace CJ, Trimble MR.** "Hysteria", "functional" or "psychogenic"? A survey of British neurologists preferences. *J R Med* 1991; 84: 471-475.
- (16) **Ewald H, Rogne T, Ewald K, Fink P.** Somatization in patients newly admitted to a neurological department. *Act Psychiat Scand* 1994; 89:174-179.
- (17) **Lazare A.** Hysteria. En: Hackett, Cassem eds. *MGH handbook of general hospital psychiatry*. St Louis, CV Mosby, 1978: 117-140.
- (18) **Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ.** A study of conversions symptoms in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1971; 128: 643-646.
- (19) **Engel GL.** Conversion symptoms. Signs and symptoms: applied pathologic physiology and clinical interpretation. En: Mac Bryde Ed. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1970, pp650-668.
- (20) **Deighton CM, Nicol AR.** Abnormal illness behaviour in young woman in a primary care setting: is Briquet syndrome a useful category? *Psychol Med* 1985; 15: 515-520.
- (21) **Akagi H, House A.** The epidemiology of hysterical conversion. En *Contemporary Approaches to the Science of Hysteria: clinical and theoretical perspectives*. Ed. Halligan, Bass y Marshall. Oxford University Press: Oxford 2001, pp.73-87.
- (22) **Stefansson JG, Messina JA, Meyerowitz S.** Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological consideration. *Act Psychiat Scand* 1976; 53: 119-138.
- (23) **Stevens D.** Neurology in Gloucestershire: the clinical workload of an English neurologist. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1989; 52: 439-446.
- (24) **Binzer M, Andersen PM, Kullgren G.** Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1997, 63: 83-88.
- (25) **Ljungberg L.** Hysteria. Clinical, prognostic and genetic study. *Act Psychiat Neurol Scand* 1957; 32, supp. 112: 1-162.
- (26) **Kisely S, Goldberg D, Simon G.** *Psychol Med* 1997; 27: 1011-1019.
- (27) **Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM.** Symptom attribution in cultural perspective. *Can J Psychiat* 1995, 40: 275-276.
- (28) **Guereje O.** What we can learn from a cross-national study of somatic distress. *J Psychosom Res* 2004; 56: 409-412.
- (29) **Escobar JI, Canino G.** Unexplained physical complaints. Psychopathology and epidemiological correlates. *Brit J Psychiat* 1989; 54 suppl: 24-27.
- (30) **Nandi DN, Benerjee G, Nandi S.** Is hysteria on the wane? A community survey in West Bengale. *Brit J Psychiatry* 1992; 160: 87-91.

- (31) Matttoo SDK, Gupta N, Lobana A, Bedi B.** Mass family hysteria: a report from India. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56: 643-646.
- (32) Schulte-Korne G, Remschmidt H.** Familial clustering of conversion disorder. *Nervenarzt* 1996; 67: 794-798.
- (33) Filt's AO.** Clinical genealogical research on hysterical psychopathy. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im* 1987; 87: 1082-1086.
- (34) Torgersen S.** Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 502-504.
- (35) Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring AL et al.** An adoption study of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 863-871.
- (36) Sigvardsson S, von Knorring AL, Bohman M et al.** Adoption study of somatoform disorders I: The relationship of somatization to psychiatric disability. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 853-859.
- (37) Trimble MR.** *Neuropsychiatry*. John Wiley & Sons. Chichester 1981, pp. 79-87.
- (38) Lempert T, Dieterich M, Huppert D, Brandt T.** Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. *Act Neurol Scand* 1990; 82: 335-348. Perkin GD. An analysis of 7836 successive new outpatient referrals. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1989; 52: 447-448.
- (39) Perkin GD.** An analysis of 7836 successive new outpatient referrals. *J Neurol N Zocollillo M, Cloninger CR.* Somatization disorder; psychological symptoms, social disability and diagnosis. *Comp Psychiatry* 1986; 27: 65-73.
- (40) Zocollillo M, Cloninger CR.** Somatization disorder; psychological symptoms, social disability and diagnosis. *Comp Psychiatry* 1986; 27: 65-73.
- (41) Ron M.** Somatization in neurological practice. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1994; 57: 1161-1164.
- (42) Irfan N, Badar A.** Top ten stressors in the hysterical subjects of Peshawar. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2002; 14: 38-41.
- (43) David TC.** Stressors in hysteria. *Br J Psychiat* 1989; 155: 391-398.
- (44) Janet P.** The major symptoms of hysteria. Ed. Mac Millan. New York, 1907.
- (45) Babinski J.** Sur le reflexe cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux. *CR soc Biol* 1896; 207-208.
- (46) Babinski J.** De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans la hémiplegie organique 1897; Société Médicale des Hôpitaux, Paris.
- (47) Babinski J.** Diagnostique différentiel de l'hémiplegie organique et l'hémiplegie hystérique: *Gazette des Hôpitaux* 1900; 73: 521-527.
- (48) Okhum MS, Koheler PJ.** Babinski's clinical differentiation of organic paralysis from hysterical paralysis: effect on US neurology. *Arch Neurol* 2004; 61: 778-783.
- (49) Head H.** The diagnosis of hysteria. *Brit Med J* 1922, may 27, 827-829.
- (50) Yugué I, Shiba K, Ueta T, Iwamoto Y.** A new clinical evaluation for hysterical paralysis. *Spine* 2004; 29: 1910-1913.
- (51) Hoover CF.** A new sign for detection of malingering and functional paresis of lower extremities. *JAMA* 1908; 51: 746.
- (52) Sherrington CS.** Flexion-reflex of the limb, crossed extension reflex, and reflex stepping and standing. *J Physiol (London)* 1900; 40: 28-121.
- (53) Ziv I, Djaldetti R, Zoldan Y.** Diagnosis of "non organic" limb paresis by a novel objective motor assessment: the quantitative Hoover test. *J Neurol* 1998; 245: 797-802.
- (54) Diukova G, Liachovtskaia NI, Begliarova AM.** Simple quantitative analysis of the Hoover's test in patients with psychogenic and organic paresis. *J Neurol Sci* 2001; 187 (suppl 1): S108.
- (55) Garcia-Albea E.** El ocaso de la psiquiatría. *Neurología* 1992; 7: 207-215.
- (56) Laplanche J.** La histeria hoy. *Imago (revista de Psicoanálisis, Psicología y Psiquiatría)*. Ed. Letra Viva, 1980: 5-79.
- (57) Rubino FA.** Gait disorders. *Neurologist* 2002; 4: 254-262.
- (58) Nutt JG, Marsden CD, Thompson PD.** Human walking and higher-level gait disorders, particularly in the elderly. *Neurology* 1993; 43: 268-279.
- (59) Sudarsky L.** Psychogenic gait disorders. *Semin Neurol* 2006; 26: 695-700.
- (60) Keane JR.** Hysterical gait disorders. *Neurology* 1989; 39: 586-589.
- (61) Todd RB.** Clinical lectures on paralysis, disease on the brain, and other affections of the nervous system. Philadelphia: P Blakiston, Son & Co, 1855:30.
- (62) Roussy G, Lhermitte J.** The psychoneurosis of

- war. En: Neurosis. Nueva Cork: D. Appleton & Co 1918: 713-906. I
- (63) Gavin H.** On feigned and factious diseases, chiefly on soldiers and sailors, on the mens used to simulate and produce them, and on the best modes of discoverings imposters. London: Churchill Livingstone 1843.
- (64) Bruns L.** Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirnhirntumoren. Deutsche Med Wchnschr 1892; 18: 138-140.
- (65) Masdeu JC, Gorelick PB.** Thalamic astasia. Abstrac Neurology. 1986; 36 (suppl): 323.
- (66) Shelton P, Knopman DS.** Isolated gait apraxia with posterior subcortical lesions. Abstarct. Neurology 1986; 36 (suppl): 164.
- (67) Hellman KM: Orthostatic tremor.** Arch Neurol 1984; 41: 8.
- (68) Factor SA, Higgins DS, Quian J.** Primary progressive freezing gait: a syndrome with many causes. Neurology 2006; 66: 411-414.
- (69) Lempert T, Brandt T, Dietreirich M, HuppertD.** How to identify psychogenic disorders of stance and gait. J Neurol 1991; 238: 140-146.
- (70) Fenwick P.** Precipitation and inhibition of seizures. En: reynolods EH, Trimble MR eds. Epilepsy and Psychiatry. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1981: 306-321.
- (71) Trimble MR, Ring HA, Schmitz B.** Neuropsychiatric aspects of epilepsy. En: Neuropsychiatry. Ed: BS Fogel, RB Schiffer, SM Rao. Williams & Wilkins, Baltimore 1996, p.771-803.
- (72) Giménez-Roldán S.** Los convulsionarios de Santa Orosia. Neurología 2005; 20: 100-103.
- (73) Lesser RP. Psychogenic seizures.** En: Pedley T, Meldrum MS, eds. Recent advances in epilepsy, vol 2. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985.
- (74) Gates JR, Luciano D, Devinsky O.** The classification and treatment of nonepileptic events. En: Devinsky O, Theodore WH, eds. Epilepsy and Behavior. New York: Willey-Liss 1991pp. 251-263.
- (75) Gumnit RJ, Gates JR.** Psychogenic seizures. Epilepsia 1986; 27 supp-2S124-129.
- (76) Didi-Huberman G.** Invention of hysteria. Charcot and the Iconography of the Salpêtrière. The MIT Press, Cambridge, Massachussets 2003.
- (77) Showalter E.** Hystories. Hysterical Epidemics and Modern Culture. Columbia University Press, New York 1997.
- (78) Pakalnis Ann, Drake ME, Phillips B.** Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. Neurology 1991; 41: 1104-1106.
- (79) Devinsky O, Thacker K.** Convulsiones no epilépticas. Clin Neurol Norteamer (ed. Española) 1995; 2:291-311.
- (80) Buchanan N, Snars J.** Crisis pseudoepilépticas. Ancora Ed. Barcelona 1996.
- (81) Colmes GL, Sackellares JC, Mc Kierman J, et al.** Evaluation of childhood pseudoseizures using EEG telemetry and video tape monitoring. J pediatr 1980; 97: 554-558.
- (82) Neill JC, Alvarez N.** Differential diagnosis of epileptic versus pseudoepileptic seizures in developmentally disabled persons. Applied Research in Mental Retardation 1986; 7: 285-298.
- (83) Ramsay RE, Cohen A, Brown MC.** Coexisting epilepsy and non-epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR (eds). Non-epileptic seizures: Boston, Butterwoth-Heinemann 1993: pp 47-54.
- (84) Dodrill C.** Correlates of generalized tonic-clonic seizures with intellectual, neuropsychological, emotional and social function in patients with epilepsy. Epilepsia 1986; 27: 191-197.
- (85) Lancman ME, Brotherton TA, Asconape JJ, Penry JK.** Psychogenic seizures in adults: a longitudinal analysis. Seizure 1993; 2: 281-286.
- (86) Buchanan N, Snars J: Pseudoseizures (non epileptic attack disorder).** Clinical management and outcome in 50 patients. Seizure 1993; 2: 141-146.
- (87) Fahn S, Williams D.** Psychogenic dystonia. Advances Neurol 1988; 50: 431-455.
- (88) Fahn S.** Psychogenic movement disorders. En: Marsden CD, Fahn S (eds.). Movement disorders 3: Osford: Butterwoth Heinemann 1994; pp 359-372.
- (89) Factor SA, Podkalsny GD, Molho ES.** Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. J Neurol Neurosurg Psychiat 1995; 59: 406-412.
- (90) Miyasaki JM, Sa DS, Galvez-Jiménez N, Lang AE.** Psychogenic Movements Disorders Can J Neurol Sci 2003; 30: supp. 1: S94-S100.
- (91) Feinstein A, Stergiopoulos V, Fine J, Lang AE.** Psychiatric outcome in patients with a psychogenic movement disorders: a prospective study. Neuropsychiatry Behav Neurol 2001; 14: 169-176.

- (92) **Owens DG.** Dystonia: a potential psychiatric pitfall. *Br J Psychiat* 1990; 156: 620-624.
- (93) **Fahn S, Williams D, Reches A, Lesser R, Jankovic J, Silverstein SD.** Hysterical dystonia, a rare disorder. Report of five documented cases. *Neurology* 1983; 33 (suppl 2): 161.
- (94) **Weiner WJ.** Lang AE. Idiopathic torsion dystonia. En: *Weiner WJ, Lang AE (eds). Movement disorders: a comprehensive survey.* Mount kisko, Nueva Cork, Futura Publishing Co., 1989, pp. 347-418.
- (95) **Tissembaun MJ, Haster HM, friedman AP.** Organic neurological syndromes diagnosed as functional disorders. *Jama* 1951; 147: 1519-1521.
- (96) **Lang AE, Koller WC, Fahn S.** Psychogenic parkinsonism. *Arch Neurol* 1995; 52: 802-810.
- (97) **Koller WC, Lang AE, Vetere-Overfield RN, Finfley L, Cleeves L, Factor S y col.** Psychogenic tremors. *Neurology* 1989; 39: 1094-199.
- (98) **Koller WC.** Psychogenic movements disorders. *Actas de Annual Meeting de la American Neurological Association.* San Francisco 1995; 4: 131-139.
- (99) **Factor SA, Podskalny GD, Molho ES.** Psychogenic movements disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1995; 59: 406- 412.
- (100) **Gironell A, López-Villegas D, Barbanoj M, Kulisevsky J.** Temblor psicógeno: análisis clínico, electrofisiológico y psicopatológico. *Neurología* 1997; 12: 293-299.
- (101) **Marjama J, tröster AI, Koller WC.** Trastornos cinéticos psicógenos. *Clínicas Neurológicas de Norteamérica (ed. Esp)* 1995; 2: 275-289.
- (102) **Monday K, Jankovic J.** Psychogenic myoclonus. *Neurology* 1993; 43: 349-352.
- (103) **Thomas M, Jankovic J.** Psychogenic Movement disorders. *Diagnosis and management.* *CNS Drugs* 2004; 18: 437-452.
- (104) **Ranayawaya R, Riley D, Lang AE.** Psychogenic dyskinesias in patients with organic movements disorders. *Mov Disord* 1990; 5: 127-133.
- (105) **Leonard R, Kendall K.** Differentiation of spasmodic and psychogenic dysphonias with phonoscopic evaluation. *Laryngoscope* 199; 109: 295-300.
- (106) **Halliday JL.** Psychological factors in rheumatism. A preliminary study. *Brit Med J* 1937; 1: 264-269.
- (107) **Galin D.** Implications for psychiatry of left and right hemisphere specialization. *Arc Gen Psychiat* 1974; 31: 572-583.
- (108) **Binzer M, Kullgren G.** Motor conversión disorder. A prospective 2- to 5-year follow-up study. *Psychosomatics* 1998; 39: 519-527.
- (109) **Miller BW:** A review of practical tests for ocular malingering and hysteria. *Surv Ophthalmol* 1973; 17: 241-246.
- (110) **Kathol RG, cox TA, Corbett JJ, et al.** Functional visual loss: I. A true psychiatric disorder? *Psychol Med* 1983; 13: 307-314.
- (111) **Keane JR.** Neuro-Ophthalmic signs and symptoms of hysteria. *Neurology* 1982; 32: 757-762.
- (112) **Bose S, Kupersmith MJ.** Cuadros neurooftalmológicos iniciales de trastornos visuales funcionales. *Clínicas Neurológicas de Norteamérica* 1995; 2: 313-330.
- (113) **Fenton G.** Epilepsy and hysteria. *Br J Psychiat* 1986; 149: 28-37.
- (114) **Caplan LR, Nadelson T.** Multiple Sclerosis and Hysteria. *JAMA* 1980; 243: 2418-2421.
- (115) **García-Albea E, Benito A, Lahera G, García-Albea J.** *Actas de la LV Reunión de la Sociedad Española de Neurología.* Barcelona, nov 2003.
- (116) **Vuillemier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T.** Functional neuroanatomical correlatos of hysterical sensorimotor loss. *Brain* 2001, 124: 1077-1090.
- (117) **Prigatano GP, Stonnington CM, Fischer RS.** Psychological factors in the genesis and management of non epileptic seizures: clinical observations. *Epilepsy Behav* 2002; 3: 343-349.
- (118) **Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Frank G, Luxen A, Lamy M.** Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiat* 1999; 45: 327-333.
- (119) **Merskey H.** The analysis of hysteria: understanding conversion and dissociation. Ed. Gaskell Royal College of Psychiatrists, Londres 1995.
- (120) **Sierra M, Berrios GE.** Towards a neuropsychiatry of conversive hysteria. En *PW Halliganh y SA David Eds. Conversion Hysteria: Towards a Cognitive Neuropsychological Account (Special Issue of J Cogn Neuropsychiat).* Psychological Press Pub. Hove UK 1999: pp 267-287.
- (121) **Galin D, Diamond R, Braff D.** Lateralization and conversión symptoms: more frequent on the left.

Am J Psychiatry 1977; 134: 578-580.

(122) Spiegel D. Neurophysiological correlatos of hipnosis and dissociation. J Neuropsych Clin 1991; 3: 440-445.

(123) Marshall JC, Halligan PV, Fink JR, Wade DT, Frackowiack RSJ. The functional anatomy of hysterical paralysis. Conition 1997; 64: B1-B8.

(124) Hallyday AM, Mason AA. The effect of hypnotic anaesthesia on cortical responses. J Neuro Neurosurg Neuropsychiat 1964; 27: 300-312.

(125) Howard JE, Dorfman LJ. Evoked potentials in hysteria and malingering- J Clin Neurophysiol 1986; 3: 39-50.

(126) Lorenz J, Kunze K, mbromm B. Differentiation of conversive sensory loss and malingering by p-300 in a modified oddballtask. Neuroreport 1998; 9: 187-191.

(127) Hoehstetter K, Meinck HM, Henningsen P, Scerg M, Rupp A. Psychogenic sensory loss: magnetic source imaging reveals normal tactile evoked activity of the human primary and secondary somatosensory cortex. Neurosci. Lett 2002; 323: 137-140.

(128) Ludwig AM Hysteria. A neurobiological theory. Arch Gen Psychiat 1972; 27: 771-777.

(129) Spiegel D. Neurophysiological correlates of hypnosis and dissociation. J Neuropsychiat Clin Neurosci 1991; 3: 440-445.

(130) Schriefer TN, Mills KR, Murray NMR, y cols. Magnetic brain stimulation in functional weakness. Muscle Nerve 1987; 10: 643.

(131) Liber B, Gleason CA, Wright EW, Pearl DK. Time on conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness potential). Brain 1983; 106: 623-642.

(132) Villeumier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. Functional naueroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. Brain 2001; 124: 1077-1090.

(133) Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, Ron MA, Grasby PM. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. Lancet 2000; 355: 1243-1244.

(134) Mailis –Gagnon A, Giannoylis I, Downar J, Kwan CL, , Mikulis DJ, , Crawley AP, Nicholson K, Davis KD. Altered central somatosensory processing in chronic pain patients with hysterical anesthesia. Neurology 2003; 60: 1501-1507.

(135) Werring DJ, Weston L, Bullmore ET, Plant GT, Ron Ma. Functional magnetic resonance imaging of the cerebral response to visual stimulation in medically unexplained visual loss. Psychol Med 2004; 34: 583-589.

(136) Lambert C, Rees WL. Intravenous barbiturates in the tratment of hysteria. Br Med J 1944; 2: 70-73.

Dirección para correspondencia:

Esteban García-Albea Ristol

Neurólogo

Hospital Universitario “Príncipe de Asturias”.

Ctra. Meco, s/n.

28805 Alcalá de Henares

Madrid

egarciaalbea.hupa@salud.madrid.org

INFORMES

Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud

(nota de prensa)

El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas han aprobado en el pleno del Consejo Interterritorial, el 11 de Diciembre del 2006, la Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud. El objetivo de este documento es mejorar la atención a los pacientes que padecen estos trastornos, reducir el estigma y la marginación al que se ven sometidos e impulsar las actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

- En España, se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida.
- La estrategia, que ha sido consensuada con todas las CC.AA., pretende ser una herramienta de coordinación y cohesión para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, garantizando así una atención en condiciones de igualdad a todos los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan.
- El documento se estructura en seis grandes líneas de actuación: promoción de la salud mental, prevención y erradicación del estigma social; atención sanitaria a los pacientes; coordinación entre instituciones, sociedades científicas y asociaciones; formación del personal sanitario; fomento de la investigación; y sistemas de información y evaluación.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

En su conjunto, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Además, su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

En España, se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. En el año 1998, estas enfermedades supusieron en nuestro país un coste total de aproximadamente 3.000 millones de euros, entre costes directos (hospitalización, medicamentos...) e indirectos (invalidez, pérdida de vida laboral, muertes prematuras...).

Los expertos distinguen entre trastornos mentales comunes (relacionados con estado de ánimo, como la depresión, o con problemas de ansiedad, como pánico, fobias o estrés postraumático) y trastornos mentales graves (mayoritariamente la esquizofrenia y el trastorno bipolar).

Entre los trastornos comunes, España es el segundo país de la UE con tasas de prevalencia más bajas, por detrás de Italia. Al igual que en otros países, estos trastornos afectan más a las mujeres que a los hombres, y su incidencia aumenta con la edad y con características sociodemográficas como el vivir sin pareja, no desarrollar actividad laboral (desempleados, jubilados o en situación de baja) o vivir en zonas urbanas. La principal causa de discapacidad entre los trastornos mentales comunes son los trastornos afectivos. Entre ellos, la depresión ocupa el cuarto lugar entre las causas de morbilidad y se prevé que en el año 2020 pase a ser la segunda.

Por su parte, los trastornos mentales graves son menos frecuentes que los comunes y, en general, más discapacitantes, y suponen además una mayor carga para la familia de los afectados. El cuidado del paciente con esquizofrenia, por ejemplo, supone de 6 a 9 horas diarias para las personas que los cuidan, generalmente mujeres, lo que conlleva también efectos negativos en su vida laboral, social y familiar, cuando no la aparición de problemas de salud mental para los propios cuidadores.

El suicidio se relaciona con una gran variedad de trastornos mentales graves. La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor el riesgo se multiplica por 21, en los trastornos de alimentación por 33 y en la drogadicción por 86. En cuanto a cifras globales, es de destacar que España se encuentra entre los países europeos con menores tasas de suicidios (de 2000 a 2004 esta tasa ha bajado de 6,35 a 5,32 casos por cada 100.000 habitantes).

Las enfermedades mentales son consideradas como un problema de salud pública con una gran repercusión sobre la morbi-mortalidad, la calidad de vida de pacientes y familiares y el uso de recursos del sistema sanitario. Además, se debe tener en cuenta también el sesgo de género en el abordaje de estas enfermedades, ya que en general las mujeres acuden más que los hombres al médico si perciben este tipo de trastornos. Por otro lado, el personal sanitario tiene mayor tendencia a diagnosticar depresión a mujeres que a hombres con la misma sintomatología, y es mayor la probabilidad de que a las mujeres se les receten psicofármacos.

MÁXIMO CONSENSO EN LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Para abordar este problema, cuya incidencia está siendo creciente en toda Europa y se prevé que lo sea aún más en los próximos años, la Oficina Regional Europea de la OMS lideró la aprobación de la Declaración de Helsinki sobre salud mental, que fue suscrita por 52 países, entre ellos España, en enero de 2005. En desarrollo de las medidas incluidas en esta declaración, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Calidad, inició los trabajos de elaboración de una estrategia específica para nuestro Sistema Nacional de Salud.

Para la redacción de este documento se constituyeron dos grupos de trabajo. En primer lugar, un comité técnico, coordinado por el Dr. Manuel Gómez-Beneyto, especialista del Centro de Salud Mental “Malvarosa” de Valencia, y formado por representantes de las principales sociedades científicas de este ámbito, asociaciones de pacientes y familiares y otros profesionales de reconocido prestigio (psiquiatras, psicólogos y médicos de Atención Primaria).

En segundo lugar, se constituyó un comité institucional, formado por los representantes de las 17 Comunidades Autónomas e INGESA, encargado de analizar la aplicación de los objetivos propuestos por el comité técnico y de acordar por unanimidad el contenido final de la estrategia. De esta forma, se han incluido aquellos objetivos e indicadores para los que existía un consenso explícito y unánime de todas las Comunidades Autónomas.

PRINCIPALES CONTENIDOS DE LA ESTRATEGIA

La Estrategia en Salud Mental se estructura en seis grandes líneas estratégicas:

Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con enfermedad mental.

Hasta hace unos años se consideraba que el abordaje de las enfermedades mentales podía ser resuelto únicamente por medio del tratamiento y la rehabilitación. Sin embargo, investigaciones más recientes han probado que la promoción de la salud mental y la prevención de estos trastornos pueden reportar también beneficios muy significativos.

Por este motivo, la estrategia incide en la puesta en marcha de una serie de intervenciones para promover la salud mental en distintos grupos de edad y población, tanto a través de los medios de comunicación, como en el desarrollo de grupos en su propio entorno para fomentar el apoyo social, la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, entre otras.

Asimismo, se potencian acciones específicas para apoyar a los profesionales sanitarios y a las familias cuidadoras de enfermos crónicos de cualquier patología, actividades de colaboración con el ámbito de la salud laboral y con el Plan Nacional sobre Drogas, e intervenciones en casos con alto riesgo de exclusión o marginación social y otros grupos de riesgo para prevenir la enfermedad mental, las adicciones y el suicidio.

Por último, se considera un objetivo muy importante de la estrategia la lucha contra el estigma y la discriminación que todavía sufren las personas con enfermedad mental y sus familiares, para lo que se actuará en la erradicación de las barreras aún existentes, potenciando los ingresos en hospitales generales y desarrollando campañas de sensibilización para la integración completa de estas personas.

Atención a los trastornos mentales

En esta línea se abordan las medidas encaminadas a que las personas con enfermedad mental y sus familiares reciban una atención basada en las mejores evidencias científicas, mediante una atención personalizada (plasmada en un plan individualizado de atención) y coordinada, e integrada a su vez en una red comunitaria accesible de distintos dispositivos.

Uno de los objetivos prioritarios en este terreno es aumentar el número actual de personas que acceden a psicoterapia y rehabilitación, hoy aún por debajo de lo considerado ade-

cuado, así como prestar apoyo específico a las familias de las personas con enfermedad mental grave.

También se recogen medidas de atención específica a niños y adolescentes, y otras para evitar los abandonos del tratamiento en personas con trastornos graves y para aplicar el adecuado tratamiento de las personas que se encuentran cumpliendo condena en instituciones penitenciarias. Por último, la estrategia considera también necesario implantar procedimientos que garanticen el respeto a los derechos y la dignidad de los pacientes en cuestiones tan delicadas como los tratamientos y hospitalizaciones involuntarias.

Coordinación intrainstitucional e interinstitucional

La estrategia promueve la cooperación y corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental (sanidad, servicios sociales, trabajo, educación, vivienda, justicia, etc.), así como la participación de las personas que padecen estos trastornos mentales, sus familiares y los profesionales en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y evaluación de los servicios.

Formación del personal sanitario

Uno de los problemas que afecta en la actualidad al Sistema Nacional de Salud en el marco de la atención a la salud mental es el menor número de profesionales sanitarios que se dedican a este ámbito en comparación con otros países europeos. Por este motivo, un apartado fundamental de esta estrategia lo constituye el desarrollo de planes de formación para los profesionales para atender adecuadamente las necesidades de la población en esta materia.

Investigación en Salud Mental

Las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Salud Carlos III, promoverán líneas de investigación interdisciplinarias sobre este tema, así como redes acreditadas de centros de investigación en salud mental.

Sistemas de información y evaluación

Ministerio y Comunidades Autónomas evaluarán periódicamente el desarrollo y aplicación de los objetivos y recomendaciones incluidos en esta estrategia, siguiendo los indicadores establecidos, con el objetivo de que al menos cada dos años se disponga de la información necesaria para analizar su impacto e implantación. Además, se introducirá en la Encuesta Nacional de Salud un bloque concreto de cuestiones para obtener un índice general referido a salud mental.

IN MEMORIAM

Mauricio Goldenberg (1916-2006)

Maestro y pionero de la psiquiatría comunitaria argentina

En julio del 2006 ,al Servicio de Psicopatología que el Maestro Goldenberg (Profesor Emerito de la Universidad Nacional de Buenos Aires) creara se le impartió su nombre, por iniciativa de sus discípulos y con el apoyo del Ministerio de Salud Publica de la Provincia de Buenos Aires.

Justo homenaje en vida a quien revolucionara la atención psiquiatrica en Argentina. El publico que desbordo el anfiteatro represento a los sectores diversos con los cuales el Maestro tenia relación estrecha, profesionales de todas las disciplinas, políticos, usuarios, voluntarios y agentes de la comunidad. Si bien hoy la convocatoria de todos estos sectores puede ser cosa común - aunque, admitamos, aun dista de serlo -, debe entenderse como una novedad cuando el Maestro promoviera la democratización plena de su Servicio.

El Dr. Goldenberg fue un pionero en Argentina de la atención psiquiatrica Humanista, democrática, científica y participativa. Había nacido profesionalmente en un contexto manicomial del cual rompió totalmente ,venciendo presiones y hostigamiento. Para hacerlo estableció el primer departamento de psiquiatría en un hospital general y vinculo a la Psiquiatría con la medicina desde una perspectiva social. Quizás lo que más caracterizo a su servicio fue el compromiso con la gente, con todos aquellos que debían enfrentar la pobreza y la enfermedad mental. Nucleò en ese Servicio un personal joven, dinámico y entusiasta que lo acompaño - incluso hasta el largo ocaso de su vida - que respondía a diversas orientaciones en psiquiatría. En su Servicio cohabitaban los de orientación mas biológica con los psicoanalistas (jasi es, psicoanalistas en un servicio publico!), los afiliados a la reflexologia, los fenomenólogos y los comunitarios. En ese ambiente multicultural se enfrentaban unos con otros extrayendo del conflicto nuevas aproximaciones teóricas y practicas. El Maestro, con su actitud democrática y alejada de toda concepciones previas, fomentaba el dialogo y el debate toda vez que la gente permanecía siendo el eje de la atención.

El Dr. Goldenberg hizo del Servicio que dirigiera un símbolo de cambio dentro y fuera de su país. Asi es que generosamente colaboro con otros países de la América latina, entre ellos, Panamá (donde apoyo la Organización de servicios comunitarios), Cuba (donde respetuosamente pero sin temor indico a sus colegas que no obstante las importantes transformaciones sociales debían enfrentar el desafío de un creciente alcoholismo), Republica Dominicana(donde creara la residencia en psiquiatría) y Venezuela (donde apoyo el movimiento de Reestructuración de la Atención Psiquiatrica en América latina promovida por OPS). Esas acciones las hizo como miembro del Panel de Expertos de la OMS.

Cuando Argentina entro en una época diabólica desatada por la dictadura militar, el Dr Goldenberg y su esposa debieron refugiarse precipitadamente en Venezuela. Este país lo acogió y le brindo la oportunidad de seguir contribuyendo con su conocimiento, experiencia y su muy

especial personalidad. Concluida la dictadura , que le costara la perdida de dos hijos y una nuera, volvió a su país natal sin agravios y colaboro en los pasos iniciales de la reorganización de la atención psiquiátrica desmantelada por la dictadura.

El Maestro Goldenberg murió ,pero de él conservamos valores preciosos raramente dables de encontrar en una sola persona, líder, maestro, humanista, demócrata, generoso, pero por sobre todo, obstinadamente reformista. Su trayectoria profesional y análisis críticos de su Servicio fueron objeto de trabajos varios, una muestra de ellos se detallan a continuación:

- Visacovsky S: El Lanús. Alianza Editorial: Buenos Aires 2002.
- Goldenberg M: Testimonios para la experiencia de enseñar. Secretaría de Cultura y Bienestar Universitario de la Facultad de Psicología, UBA, 1996.
- Barón A, del Carril M, Gómez A: Por qué se fueron. Testimonios argentinos en el exterior, Emece Editores S.A: Buenos Aires, 1995.
- Carpintero E, Vainer A: Las huellas de la memoria. Tomo I, Topia: Buenos Aires. 2004

Joaquín Jordá (1935-2006)

Un Cineasta de la ética y el compromiso

Joaquín Jordá nos dejó sin llegar a saber que este año le iban a conceder el Premio Nacional de Cinematografía por su “*capacidad para abrirse a nuevas formas del relato audiovisual, romper con los límites entre el cine documental y el de ficción y convertirse en maestro de varias generaciones de cineastas*”. Estas palabras del Instituto de Cinematografía y las Artes Audiovisuales de España, resumen acertadamente el papel de Joaquín Jordá en la cinematografía. Sin embargo, en el año de su muerte también se estrenaba su obra postuma “Mas allá del espejo” que es un exponente de su modo de hacer cine y de entender la vida. En este film da espacio a las personas que han sufrido problemas cerebrales y que han visto como alguna de sus funciones superiores ha quedado mermada. Con un lenguaje lejano del sentimentalismo y con el valor de su propia experiencia tras el infarto cerebral que sufrió hace años, da la voz a personajes que hablan y reflexionan sobre estos acontecimientos del ser humano. Joaquín ya se había acercado al tema del funcionamiento cerebral con el excelente film “Monos como Becky” (1999) donde con el asesoramiento de Antonio Rey, presidente de la sección de Historia de la AEN, hace una reflexión del ser humano a partir de los trabajos del portugués Egaz Moniz, el inventor de la lobotomía y premio nobel de medicina en 1949. Es un film donde se teje un discurso sobre el sujeto como algo integral y la importancia de la relación humana como fundamento de la capacidades de comunicación. En la lógica del fin hay un acercamiento a las formas de abordar a las personas con problemas de salud mental y la antinomia que hay entre la ideología subyacente en la lobotomía y las alternativas de la psiquiatría comunitaria.

Aunque en sus primeros años tuvo un contacto importante con la “nouvelle vague” francesa, parece que su filmografía pudo tener una cierta influencia del realismo italiano, pero con una personalidad propia donde quizás pudo influir su actividad como traductor de Tabucchi, Magris, Simenón, Sciascia, Baudrillard, ... Sin embargo, un hecho que remarco su gran humanidad fue la manera de vivir la experiencia de su infarto cerebral, tema del que hablaba en el film “Monos como Becky”. En 2001 tuvimos la oportunidad de invitarlo a participar en Asturias en el Día Mundial de la Salud Mental y poder disfrutar de esa manera de entender la vida. La conversación con él no terminaba nunca y desde el primer momento permitía un trato que parecía pertenecer a una amistad de años. Ajeno a las vertientes de la “gauche divine” de su época de iniciación, parecía metido en un mundo mas cercano a los movimientos “underground” donde la ética y el compromiso son mas que dos palabras.

Victor Aparicio Basauri

Psiquiatra

Panamá

RESEÑAS

Dos décadas tras la reforma psiquiátrica

Fermín Pérez (coordinador)

Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios, Madrid. 2006

Después de 20 años desde el inicio oficial de la reforma psiquiátrica en España, con la publicación del Informe de la Comisión Ministerial en Abril de 2005 y su respaldo por la Ley General de Sanidad un año después, múltiples y variados han sido los avatares seguidos –y en muchos casos padecidos- en el proceso de transformación de la asistencia a la salud mental en España, proceso que recoge esta ponencia publicada en la colección Estudios de la AEN y presentada en el XXIII Congreso en Bilbao.

F. Pérez, coordinador y uno de los autores de la ponencia, introduce al lector mediante un relato exhaustivo de los pormenores de la historia y antecedentes de la Reforma Psiquiátrica en España, demarcada en su límite final en la Declaración de Helsinki de 2005. Esbozo histórico de los principales hitos del siglo XX y anteriores y los antecedentes previos –la protoreforma- reflejados con detalle precisamente en el primer número de esta colección La transformación de la Asistencia Psiquiátrica por González de Chávez (1980); después el impulso (1983-1990), el declinar (1991-1995), el estancamiento (1996-2002) y los últimos años. Resulta de especial interés el apartado dedicado a la situación en las distintas comunidades autónomas que en un ordenado resumen describe los inicios, planes y normativas, desarrollo y grado de consecución de los objetivos de la reforma, y que ilustra las importantes diferencias interterritoriales en función las más de las veces de orientaciones políticas.

La segunda parte de la ponencia la ocupa el relato pormenorizado del proceso de reforma en cuatro comunidades autónomas. F. Gracia y A. Monzón desde Aragón presentan la evolución de la asistencia en esa Comunidad hasta el Plan Estratégico 2002-2010, la dotación de recursos y la reforma en Salud Mental Infanto-juvenil. De lo sucedido en Navarra en estos 20 años da minuciosa cuenta J.R. Varo. M.F. Bravo resume con notable precisión y datos los acontecimientos, aportaciones, organización y recursos en la Comunidad de Madrid y J. Carmona, E. Gay, F. del Río y A. Tesoro analizan desde un punto de vista crítico la reforma en Andalucía, desde las experiencias previas en distintas provincias y la creación del IASAM hasta las perspectivas actuales con los problemas sin resolver y los retos más importantes.

A. Retolaza, A. Cabrera y M. Terradillos se preguntan ¿dónde estamos? tras dos décadas de reforma. El desarrollo del sistema comunitario ha sido lento e irregular, con algunas consecuencias imprevistas, y las diferencias han sido importantes en cuanto a sus características e implantación en las diversas zonas del estado, por múltiples razones que los autores analizan en un interesante capítulo: El colapso asistencial de AP, los cambios en el indefinido término “comunidad”, el poder de la industria farmacéutica, los nuevos modelos de gestión o la crisis de los paradigmas entre otros. Su conclusión a la vista de los datos es estimulantemente crítica: Infradotación, servicios comunitarios mínimos, desequilibrio e inferioridad clara respecto a los países de nuestro entorno.

Bajo el epígrafe “Las grandes líneas asistenciales” se aborda en profundidad la atención a los trastornos mentales graves, a los trastornos mentales comunes y los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Respecto a estos últimos, M. López, M. Laviana y P. García-Cubillana vienen a recordarnos como, lejos de tratarse de un tema superado e intrascendente, todavía no están cerrados con carácter general en nuestro país y su peso histórico está lejos de desaparecer. Fructífero análisis del papel de los manicomios y sus implicaciones frente a los ideales comunitarios y las consecuencias en los procesos de cambio asistencial y estudio cuantitativo y cualitativo de su evolución durante los años de reforma, especialmente en Andalucía, donde los autores han sido destacados protagonistas del cambio. El objetivo inicial de la reforma tenía mucho que ver con la atención a trastornos mentales graves, los que en mayor medida venían siendo atendidos en los manicomios, los recursos destinados a ello, los programas elaborados y los desafíos actuales resumidos concisamente en un sugerente capítulo (M.F. Bravo, B. Díaz y A. Fernández). Y los enfoques para el abordaje de los trastornos mentales comunes, demanda quizá no valorada justamente en los presupuestos de la reforma y que sin lugar a dudas “ocupará un lugar importante en la agenda de las discusiones del futuro” (I. de la Mata y A. Ortiz).

Tras este concienzudo recorrido por la historia, no podía completarse la ponencia sin el esbozo de las perspectivas futuras que en el contexto internacional a buen seguro vendrán a marcar los caminos por los que discurrirá el devenir de la Salud Mental. Si el lector ha podido sentir un sabor agríndice por los dinámicos –a veces precipitados- acontecimientos relatados en capítulos anteriores seguidos de una cierta sensación de estancamiento (la reforma inacabada) en la quinta parte del libro C. Gisbert, M. Hernández y F. Márquez en un firme ejercicio prospectivo intentan precisar los riesgos y amenazas que pueden hacer desandar lo andado. En un mundo en vertiginoso cambio, viene la declaración de Helsinki, suscrita por 52 estados europeos, a promover 12 áreas de intervención y 110 líneas de acción en un importante reconocimiento de las medidas comunitarias de atención a la Salud Mental. Se analizan las tendencias actuales y las propuestas y modelos específicos, los programas de intervención precoz en la psicosis o de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.

Y por último, y casi como un apéndice de consulta, los datos arduamente recogidos y ordenados por F. Pérez que a modo de foto fija contrastan la situación en tres momentos puntuales de este proceso: el inicio (1985, el periodo intermedio (1995) y el final (2005). Para todas las comunidades autónomas los precedentes, las administraciones responsables, legislación básica y planes de Salud Mental y recursos profesionales y dispositivos.

Un libro que refleja el papel esencial, para bien y para mal, de la AEN en la transformación de la asistencia a la Salud Mental en España. Un libro en definitiva, oportuno y necesario, riguroso y elaborado, reflexivo e inevitable. Imprescindible referencia para el conocimiento de los últimos años de nuestra historia, la comprensión de nuestro presente y la planificación de nuestro futuro.

Pablo Lorenzo Herrero
Psicólogo Clínico
Úbeda (Jaén-España)

Política, planes y programas de Salud Mental

Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental
Organización Mundial de la Salud (OMS)

Editores Médicos S.A., EDIMSA

Madrid, 2006 (101 páginas)

Este módulo, recientemente publicado, es el tercero en ver la luz de la versión española del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental auspiciadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Le habían precedido los módulos El Contexto de la Salud Mental y Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos, editados en 2005.

El Conjunto de Guías son una serie de módulos relacionados entre sí, elaborados por iniciativa de la OMS con el propósito de ayudar a los planificadores y gestores de políticas en cuatro aspectos: desarrollar políticas y estrategias amplias para mejorar la salud mental de las poblaciones, utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles, proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten y colaborar a la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad.

En este empeño trabajaron un centenar de expertos de los cinco continentes bajo la dirección de la Dra. Michelle Funk, Coordinadora de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental de la OMS y la supervisión del Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la misma organización, dando como resultado los textos originales agrupados en el WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package. La versión española ha sido promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la colaboración de la Fundación Hospital de Jove de Gijón (Asturias- España), la Obra Social y Cultural de Cajastur y GlaxoSmithKline y coordinada por los Dres. J. Miguel Caldas de Almeida (Lisboa) y Víctor Aparicio Basauri (Gijón).

La elaboración de las Guías obedece a la inquietud de la OMS por atender a las necesidades detectadas en el mundo en el ámbito de la salud mental. Así, el Informe 2001 sobre la Salud en el Mundo señala que aproximadamente un 30% de los países del globo carece de programas específicos de salud mental y alrededor de un 40% de una política explícita en este campo, mientras se calcula que un 12% de la carga global de enfermedad está relacionada con problemas neuropsiquiátricos. En este sentido, la elaboración de las Guías se inspira en la convicción de que con una política, un plan y unos programas un país está en situación de mejorar la salud mental de la población.

Así pues, el conjunto de Guías presentan los procedimientos, instrumentos y técnicas necesarios en la planificación y el desarrollo de políticas y programas en el ámbito de la salud mental, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico y cultural en que tales actividades ten-

drán lugar. La versión final la componen un total de 14 módulos, 11 de los cuales ya están preparados y 3 más en preparación. Los once primeros módulos se ocupan de los siguientes temas:

- El contexto de la salud mental.
- Políticas, planes y programas de salud mental.
- Financiación de la salud mental.
- Legislación y derechos humanos en salud mental.
- Fomento de la salud mental.
- Organización de los servicios de salud mental.
- Mejora de la calidad de la salud mental.
- Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental.
- Mejora al acceso y uso de psicofármacos.
- Recursos humanos y formación sobre salud mental.
- Salud mental en niños y adolescentes.

Mientras los tres en preparación están dedicados a:

- Sistemas de información de salud mental
- Desarrollo y evaluación de políticas y servicios de salud mental
- Políticas y programas sobre salud mental en el entorno laboral

La versión en español va poniendo a disposición de los lectores de esta lengua los distintos módulos desde el año 2005.

El Contexto de la Salud Mental es el punto de inicio pues articula y resume el contenido de los distintos módulos, ayudando a seleccionar los más útiles para el medio en el que se pretende actuar. Por su parte, el módulo objeto de esta reseña, sobre Política, Planes y Programas de Salud Mental, es el principal al proporcionar información detallada sobre el proceso de desarrollo de políticas y su puesta en práctica a través de planes y programas. La lectura de los módulos restantes ofrece la posibilidad de conocer con detalle aspectos básicos para el desarrollo de tales políticas.

Por tanto, el módulo reseñado tiene por objetivo presentar directrices basadas en evidencias para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud mental en cualquier lugar del planeta. Y lo hace en 101 páginas donde se describen los pasos esenciales para el desarrollo de una política, un plan y un programa de salud mental y se enuncian las acciones necesarias para llevar a cabo los proyectos, tales como la difusión de la política, generar apoyo político y financiación o crear una organización de apoyo, entre otras. Además, presenta ejemplos ilustrativos de desarrollo de políticas en distintos lugares del planeta, en concreto: Guinea-Bissau, Pakistán, Chile, España y Brasil; recoge algunos de los principales obstáculos para el desarrollo de nuevas políticas al tiempo que propone posibles soluciones para ellos y, finalmente, presenta algunas conclusiones y recomendaciones.

Aunque el módulo ofrece un procedimiento universalizado para la planificación y puesta en marcha de políticas de salud mental, recuerda que los países o regiones deben adaptar las di-

rectrices a sus circunstancias específicas. Es un hecho que la globalización da alas a la difusión del conocimiento empírico del ser humano y permite un rápido intercambio de sus aplicaciones, pero sería una excesiva simplificación pensar que lo que es bueno para un país africano lo será para un asiático o que lo que resulta útil en Australia se puede aplicar de manera inmediata en Europa. Por tanto, las medidas, procedimientos y técnicas fruto de este conocimiento se deben adaptar al medio físico, la situación económica y las características sociales y culturales, huyendo de los reduccionismos que induzcan a pensar que para desarrollar una política sólo es necesario aplicar rutinariamente los contenidos del módulo.

En este sentido, el módulo recomienda que para tomar la decisión de poner en práctica una política de salud mental se tomen en consideración las siguientes premisas: 1) que se hayan identificado problemas de salud mental y los costes que generan, 2) que se llegue a la conclusión de que poner en práctica programas para resolverlos sería rentable, 3) tener presente que poner en marcha planes o programas es decisión de los gobiernos y 4) que los programas deben ajustarse cultural y socialmente a los contextos.

En definitiva, el conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, del que forma parte el módulo que comentamos, constituye un material destinado a ser un referente en la materia, pues viene a llenar un vacío en el ámbito de la documentación de apoyo para la formulación y puesta en práctica de acciones planificadas en salud mental ajustadas a los distintos contextos. Además, están hechas con el rigor habitual de las producciones de la OMS y planteadas desde el prisma de la política de la Organización en estos temas, es decir, la de proporcionar la mayor parte de los cuidados de salud mental a través de los servicios de atención primaria y en el entorno comunitario.

Por todo ello, la compilación de conocimiento aplicado que atesora estas guías hará de ellas un material de inestimable ayuda para gestores políticos, departamentos gubernamentales, profesionales de la salud mental, organizaciones de familiares y afectados por enfermedades mentales y en general para todas aquellas personas y organizaciones interesadas en promover y proporcionar servicios de salud mental de calidad

Pedro Marina González
Psiquiatra
Oviedo (España)

Terapia familiar breve

José Luis Rodríguez-Arias Palomo y María Venero Celis.

Madrid, CCS, 2006.

Querido autor:

Me complace contestar a la carta que diriges a los lectores desde tu libro, transcribiendo un comentario que me hizo llegar un colega, encantado con la claridad y eficacia de vuestra subtítulo *Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Dice de estas maneras:

““Un vendaval helado recorre tu esqueleto. A pesar de ello, sudas. Se agitan las olas y te agarras a tu barca-hipótesis. Braman las señales del desastre y miras de reojo el bote de sálvese el que pueda y aquí paz y después gloria, en caso de poder desaparecer, absorbido por un agujero negro, lejos muy lejos de la debacle temida. Cuando la autoestima del terapeuta ya no importa, y ni el equipo reflexivo es capaz de achicar el agua, consultas con el prójimo-próximo:

- ¿No tendrás por ahí un manual de supervivencia del terapeuta, por un casual?
- Mano sobre mano, el impertérrito prójimo (al fin y al cabo el agua todavía no ha llegado a sus zapatos), contesta, aprovechando para meter el dedo en el ojo:
- ¿Pero tú no renegabas de los libros de autoayuda?
- Cagonmimanto, esto está que arde, estoy más perdido que un terapeuta de familia en la facultad de psicología, y escamoteas tenderme un cabo.
- Más bien creo que estás perdido con el caso, pero para que no tomes a mal el sarcasmo, te confesaré que quizás haya un remedio para tu zozobra.
- Fantástico, te veo tres primeras si me lo cantas, pero ya.
- Puedes encontrar unas rutas claras, con el GPS de la terapia familiar breve, sin gota de paja, en el libro aludido en este comentario.
- Me voy corriendo fuera del párrafo para ver títulos, autores y editorial, seguro que me viene genial.
- No sé cómo quieres ser un buen terapeuta con esos ripios tan malos.

Y así podrían seguir interminablemente este par de dos, destilando gota a gota una caricatura del Gordo y el Flaco, pero su sentido común consiguió que solicitaran la compra de un ejemplar en su centro de trabajo, con cargo a los fondos de reptiles, por bien de la salud mental de residentes, currantes, pacientes-clientes y sus familias .”””””

Bueno, como verás los “algunos” que se orientan con tus mapas son cada vez más, y aunque no sea la excelencia cuestión de cantidad, cuando ambas coinciden es de agradecer.

Andrés Cabero Álvarez
Psicólogo Clínico
Oviedo

La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz

Pascal Bruckner

Editorial Tusquets

Quizá sea conveniente introducir esta reseña del libro diciendo algo del autor. Pascal Bruckner es un filósofo francés, nacido en París en 1948, ensayista, novelista, profesor universitario, periodista... Hasta aquí lo que dice la solapa del libro redactada por el editor, a lo que se puede añadir que Bruckner es uno de esos filósofos que se ponen de moda en Francia periódicamente, adalid de la contracultura europea con un cierto sabor a izquierda francesa, anticapitalista, preocupado por el vínculo social y los efectos que la sociedad de mercado tiene en la vida de los sujetos históricos.

En la primera parte del libro el autor recorre desde la Edad Media europea a la postmodernidad la historia de la idea de felicidad, para los cristianos medievales ligada al más allá, para la Ilustración ligada al aquí y ahora. La religión cristiana plantea el deber y el sufrimiento como vía hacia la felicidad ultratumba. La Ilustración liga la idea de felicidad al proyecto social de la Civilización y el Progreso. La Declaración de Independencia americana recoge la “búsqueda de la felicidad” como parte de los derechos humanos inalienables. Para la OMS, en 1978, la felicidad ya se ha convertido en una cuestión de salud, definida como el bienestar físico, mental y social. El vigor, la longevidad, el estar en forma, el ser feliz, se ha convertido en un deber que tiraniza al individuo-consumidor que teme envejecer, perder atractivo, engordar, y que encuentra en el consumo el exorcismo de sus miedos. Es la felicidad vivida como maldición en una sociedad que ha convertido lo que en otras culturas se califica como normal, el dolor y el sufrimiento, en patológico, y que califica como necesario el sentimiento de felicidad, lo que otros experimentan como excepcional y desde luego nunca como un fin en sí. Muy aguda la nota de Bruckner sobre el Dalai-Lama, la autoayuda y el budismo soft que se consume en las estanterías de nuestros supermercados. Por supuesto, no faltan referencias al Prozac. En la segunda y tercera parte del libro Bruckner recurre a tipologías y expresiones lapidarias para describir a los “heridos graves de la vida gris y los burgueses aburridos”. Lo cotidiano, lo rutinario, amenaza constantemente el estado de felicidad. La nueva exigencia es la euforia perpetua, la huida de la rutina amenazante y gris, la cultura de lo divertido, lo fun. La búsqueda de la felicidad se convierte en una paradoja, dado que el tedio o el dolor están siempre ahí, acechando. En esta parte las terapias clásicas y alternativas encuentran una severa crítica, “acusándolas” de nueva religión de la felicidad: “La modernidad ha hinchado tanto las esperanzas humanas que no tiene más remedio que defraudar. Es la chirriante venganza de las religiones: puede que a ellas no les vaya muy bien, pero a sus sucesores no les va mucho mejor”. En esta parte, al hilo de sus comentarios sobre lo burgués, hace alguna referencia a las condiciones materiales de la vida moderna: “Tras la desgracia de que nos exploten ha llegado la desgracia, mucho pero, de dejar de ser explotables”. En la cuarta y última parte del libro quizás esté el texto más relevante para los “profesionales psi”. Bruckner hace una especie de alegato del dolor y al sufrimiento como

una forma digna de estar en la vida, sacando al enfermo y al sufriente de su posición de marginado, de fracasado, de “sin éxito”: “El sufrimiento saludable es el que declaramos necesario para enriquecernos, el que podemos convertir en fuerza y conocimiento”, “tan absurdo es entregarse al sufrimiento como pretender curarlo todo, liberar al hombre de su fragilidad”. Termina el filósofo haciendo algunas propuestas del orden de la ética postmaterialista, austera y comprometida con la libertad como valor; “la felicidad no puede convertirse en el fin último de las sociedades humanas ni el fundamento de la acción. Hay que subordinarla, como el sufrimiento, a la libertad. Somos felices a pesar de...”.

Lo mejor del libro, su acidez crítica, una prosa muy legible al tiempo que erudita. Lo más criticable, quizá, su visión de la historia. Trazar la historia de las ideas es intelectualmente muy estimulante, pero puede hacernos olvidar las condiciones materiales en que vive la gente real. Desde luego que se trata de una obra amena para las mentes sedientas de munición antisistema no muy radical. Para los profesionales psi puede resultar estimulante la reflexión del autor sobre la infelicidad como patología y las terapias como nuevas religiones que prometen una salvación imposible; la euforia perpetua, la felicidad como valor.

Atlas de Salud Mental de Andalucía del Servicio Andaluz de la Salud

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha publicado recientemente el primer Atlas de Salud Mental de Andalucía realizado por investigadores pertenecientes a la Asociación Científica Psicost siguiendo el ejemplo del Atlas Mundial de Salud Mental 2005 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La idea era explorar indicadores de tipo territorial, sociodemográfico, epidemiológico, sobre recursos y servicios de salud mental e intentar hacer unas recomendaciones válidas para la mejora del sistema.

El estudio de la distribución territorial de las enfermedades en el territorio ha sido uno de los principales objetos de estudio tradicional de la epidemiología. Así, la utilización de la cartografía como apoyo a los estudios epidemiológicos y de evaluación de servicios es muy antigua y, en los últimos tiempos, se ha visto reforzada por el desarrollo de herramientas informáticas como los Sistemas de Información Geográfica (SIG). Los SIG son una herramienta de gran importancia al facilitar el uso y explotación de grandes bases de datos, junto a la representación gráfica de información territorial. La utilidad de los SIG radica en el apoyo a la toma de decisiones, especialmente en cuestiones como la distribución de dispositivos sanitarios en el territorio, la distribución de los recursos o la comparación con factores sociodemográficos o elementos geográficos. El objetivo del trabajo con estas herramientas es conseguir una mayor equidad en el acceso a los servicios públicos de salud mental.

El Atlas de Salud Mental de Andalucía fue diseñado para contribuir al conocimiento territorial de la situación del sistema público de atención sanitaria, con el fin de facilitar la comprensión del estado de la cuestión, en especial desde la vertiente territorial, y apoyar la toma de decisiones en política sanitaria en el ámbito de la salud mental.

El presente estudio trata de combinar diversos indicadores cuantitativos desde diversos puntos de vista para obtener una idea precisa de cual es la situación de la atención en salud mental en Andalucía analizando la atención desde el punto de vista territorial (Organización territorial), sociodemográfico (caracterización sociodemográfica), de la distribución de los recursos y servicios disponibles (dispositivos, profesionales, camas y plazas), de la accesibilidad territorial (accesibilidad temporal a los dispositivos) y epidemiológico (distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía).

Se trata de un estudio ecológico de comparación y de adecuación de los sistemas de atención en Salud Mental. El estudio se efectúa desde la perspectiva del planificador sanitario incorporando información de arriba-abajo (Top-down) en dos escalas, Áreas de Cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito y Áreas de Salud Mental, siguiendo el modelo de matriz de Thornicroft y Tansella.

Este trabajo tuvo como objetivo analizar extensamente la situación de la salud mental en Andalucía aglutinando un número amplio de indicadores.

Este Atlas incluye el estudio de la distribución territorial de los servicios de salud mental, de la accesibilidad a los mismos y de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía combinando información a dos escalas (las 15 Áreas de Salud Mental y las 72 Áreas de Cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito). Estas dos escalas constituyen las unidades territoriales que se utilizan desde el SAS para la planificación de la salud mental.

Para el estudio de la organización territorial de la Salud Mental en Andalucía se analizó la delimitación de las 15 Áreas de Salud Mental y de las 72 Áreas, que dan cobertura a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Estas Áreas de Cobertura se correspondían inicialmente con los Distritos de Atención Primaria, pero han ido sufriendo sucesivas transformaciones debido a la creación de nuevos ESMD y al cierre de otros, dando lugar a un tipo de organización territorial dinámica instaurada a nivel administrativo aunque no político.

La caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental y de las Áreas de Cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito se llevó a cabo mediante la realización de distintos mapas de densidad de población, Renta Familiar Disponible, paro femenino, hogares unipersonales, población no casada y tasa de inmigración y la clasificación de las áreas en rurales/urbanas.

Para estudiar la accesibilidad temporal de los recursos de Salud Mental en Andalucía se trazaron áreas de accesibilidad temporal a los recursos de salud mental, mediante la jerarquía de vías de la red de carreteras existente en Andalucía. Con ello, se pudo evaluar la distribución territorial de los recursos de la salud mental, a partir de la representación de la red de dispositivos disponibles en salud mental. Además se añadieron las camas/plazas y los profesionales a cada uno de ellos (distinguiendo entre facultativos, diplomados y auxiliares). A través de la información y la cartografía trabajada se pudo evaluar la distribución y accesibilidad a los dispositivos de salud mental.

Otro aspecto analizado fue la distribución de la morbilidad psiquiátrica atendida en los ESMD y en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales. Para estudiar la morbilidad atendida por los ESMD se realizó una explotación del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) estudiando las grandes categorías diagnósticas (CIE-10). Estos datos fueron representados mediante mapas. Los indicadores de actividad por Áreas de Cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito fueron la prevalencia administrativa, Incidencia administrativa, la frecuentación administrativa, la tasa de incidencia más pacientes reincorporados, la tasa de pacientes reincorporados, la tasa de pacientes por facultativo y la tasa de ingresos por facultativo.

Algunos de estos indicadores fueron representados de manera simultánea para evaluar la racionalidad de la distribución de algunos de los recursos existentes en los ESMD. De este modo se comparó la disponibilidad de profesionales en cada dispositivo con la población atendida y con el número de consultas realizadas. De esta forma se pudo comparar la carga, medida en número de consultas y pacientes, que soportan los profesionales de cada uno de los ESMD.

Las conclusiones y recomendaciones de este informe han puesto de relieve el importante papel de la organización territorial de los servicios, las características sociodemográficas de la población relacionadas con la salud mental, la distribución de las personas con trastornos mentales y la accesibilidad a los servicios. La interpretación de estos resultados debería ayudar a mejorar el conocimiento en cuestiones como el conocimiento de los patrones de utilización de servicios de salud mental, la adecuación entre la provisión de dispositivos y recursos materiales y profesionales, la localización óptima de nuevos dispositivos.

Los resultados de este estudio han sido considerados, por el personal del Programa de Salud Mental del SAS, como de gran utilidad para el apoyo de la evaluación y planificación sanitaria de la salud mental.

Marco Garrido Cumblera
Consultor Técnico
Departamento de Salud Mental
Organización Mundial de la Salud
Ginebra

José Alberto Salinas Pérez
Investigador
Asociación Científica Psicost

REUNIONES CIENTÍFICAS

- **II Congreso Nacional de la AEPP** (Asociación española de psicoterapia psicoanalítica)
“Psicoterapia psicoanalítica: nuevas fronteras en patología individual y de las organizaciones”.
Sevilla, 23 y 24 de Marzo de 2007-01-14
Tfno: 954 581 101
www.aepp.es
- **XXXIV Jornadas nacionales de sociodrogalcohol**
Valencia 22, 23 y 24 de Marzo de 2007
Tel.: 963 155 788
www.sociodrogalcohol.org
www.gamacongresos.com
- **XLI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática**
Oviedo 19 – 21 Abril de 2007
Tel.: 913 521 526
Lubeck@lubeck99.com
www.lubeck.com
- **XIV Symposium internacional sobre actualizaciones y controversias en psiquiatría**
“Factores de riesgo en psiquiatría”
Barcelona. 26 y 27 de Abril, 2007.
Tel.: 932 212 242
www.geyseco.com
- **11 Congreso Internacional “Globalización y los modelos cambiantes de los trastornos mentales a través de la vida”**
Federación Internacional de Epidemiología Psiquiátrica
3-6 Mayo 2007
Göteborg (Suecia)
- **II Symposium Nacional Alcohol y Juego Patológico**
Centenario del Hospital Psiquiátrico de Alava
Palacio de Villasuso 10 y 11 de Mayo de 2007
- **VII Congreso Internacional de Estrés Traumático**
28 al 30 de junio de 2007
Soc. Argentina de Psicotrauma
Buenos Aires.Argentina
info@psicotrauma.org.ar
www.psicotrauma.org

- **Psico habana 2007**
IV conferencia internacional del hospital psiquiátrico de la habana.
reunión regional de la sección de clasificación de la asociación psiquiátrica mundial.
3 al 7 de septiembre del 2007
sago@cimex.com.cu
www.psiquiatricohph.sld.cu
www.havanatur.cu
- **XIV Congreso Mundial de la WPA**
Praga, Republica Checa
19 - 25 de Septiembre de 2008
- **XI Congreso nacional de psiquiatría. “Los caminos de la psiquiatría en el siglo XXI”.**
24 – 29 Septiembre de 2007.
Santiago de Compostela.
Tel. 914 550 028
secretaría@psiquiatriasantiago.es
- **Curso anual sobre esquizofrenia “Psicosis y relaciones terapéuticas”**
Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”
23 Y 24 de NOVIEMBRE de 2007
MADRID
Tel.: 915 319 449
Fax: 912 963 732
sec.tecnica@cursoesquizofreniamadrid.com
- **7th International forum on mood and anxiety disorders**
Budapest
5 – 7 de Diciembre, 2007-01-14
ifmad@publiccreations.com
www.aim-internationalgroup.com
- Como corolario recordamos la cita al próximo **XXIV Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría**. Cádiz 2009

En un tímido comienzo por aportar direcciones de la web de interés recogemos el aviso del: GRUPO DE ACCIÓN COMUNITARIA (GAC). Centro de Recursos en Salud Mental y DD.HH Nuevas actualizaciones y documentos incorporados al Centro de Recursos sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Grupo de Acción Comunitaria. (www.psicosocial.net).

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 1, número 1, 2001



ADICCIONES

Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 1, número 2, 2001



ETICA Y LEY

Victor Aparicio Basauri
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 2, número 1, 2002



**COOPERACIÓN
INTERNACIONAL EN SALUD
MENTAL**

José Filgueira Lois
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 2, número 2, 2002



**HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA
EN ESPAÑA**

Victor Aparicio Basauri
Juan José Martínez Jambriña
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**

José Filgueira Lois
Ignacio López Fernández
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACIÓN SIN HOGAR**

Mónica Tronchoni Ramos
Victor Aparicio Basauri
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Moreno Küstner
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LÍMITE

Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

NORTE DE SALUD MENTAL

SUMARIO

Volumen VI nº 26 (Noviembre 2006)

PRESENTACIÓN

¿Año Freud? Con Salud Mental Comunitaria. *Iñaki Markez* 6

ORIGINALES Y REVISIONES

¿Es posible el cambio? *Miguel Maset* 9

El niño pensado en clave sexual. *Ana Bloj* 19

La educación y los cuerpos de hoy. *Hebe Tizio* 34

Autoengaño y adicción. *Carlos Sirvent* 39

PARA LA REFLEXIÓN

Estigma y enfermedad mental. *Uriarte, JJ.Arnaiz,A.* 49

El buen Comunista y la Mala Mujer:

Althusser y Helene Legothier. *Guillermo Rendueles* 61

Reflexiones sobre el rol profesional de los psicólogos
en Osakidetza. *Joaquín Ponte* 65

FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: El caso Miguel. *Juan Luis Borda* 69

HISTORIA

La llegada del psicoanálisis a Cataluña. *Clotilde Pascual* 75

PHARMACONS

Mogens Schou y el Litio (1918–2005). *Juan Medrano* 82

INFORME

Informe de la Sección de Infanto–Juvenil. *Encarnación Mollejo* 89

ACTUALIZACIONES

Oscar Martínez, Ander Retolaza, Iñaki Markez, Mónica Marín.

Política, planes y programas de Salud Mental. Guías OMS de Salud Mental 91

Ataque de pánico y ciencia 93

Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención 94

Tratado SET de Trastornos Adictivos. VV.AA. 96

Estudios sobre la Psicosis. *José María Álvarez* 97

Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault. VV.AA. 99

PÁGINAS ASOCIATIVAS

XXIII Congreso AEN 101

AGENDA

Próximas citas 103

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

SUMARIO

Volumen 6 - nº 1- 2006

PRESENTACIÓN	5
ARTÍCULOS ORIGINALES	
Derecho y Salud Mental.	
Criterios para la formulación de un sistema eficiente	
<i>F. Santos Urbaneja</i>	7
Derecho y Salud Mental. Capacidades, derechos, justicia	
<i>J. A. Seoane</i>	21
Tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate.	
<i>O. González Álvarez</i>	39
Tratamiento ambulatorio involuntario: tal vez sí, pero...	
<i>F. Santander Cartagena</i>	47
Tratamientos psiquiátricos no voluntarios en la comunidad: una cuestión abierta.	
<i>Ana-Esther Sánchez</i>	55
INFORMES	
Declaración de Brasilia	67
Declaración de Caracas	70
IN MEMORIAM	73
RESEÑAS	83
REUNIONES CIENTÍFICAS	95
NORMAS DE PUBLICACIÓN	101

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Index Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábicas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en un disquete de 3,5” (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiado a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Carretera de Rubín, s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)**

Nombre 1º Apellido

..... 2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población..... D. P..... Provincia

Tel..... e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

..... 2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

