

La realidad de la histeria en la evolución de la psiquiatría*

Conferencia

Resumen

El objetivo central de este artículo es considerar cómo la histeria, como un trastorno mental complejo, nos permite descubrir la realidad del cuerpo, y específicamente la naturaleza del sistema nervioso.

Con ese objetivo voy a considerar tres puntos. Primero presentar a la histeria según el modo como los diferentes contextos de pensamiento fueron entendiendo a esta patología mental. Segundo, analizar de qué manera es considerada actualmente "la vieja histeria", para finalizar en tercer lugar, considerando las exigencias que los pacientes histéricos determinan cuando deben ser asistidos.

Palabras clave

Histeria
Trastornos disociativos
Trastornos somatomorfos
Asistencia psiquiátrica

Summary

The principal objective of this article is to consider that hysteria, as a complex mental disorder, allows us to uncover the reality of the body and, specifically, of the nervous system's nature. Its objective is threefold. First, to describe hysteria according to evolving psychiatric thought contexts. Second, to give a glance at the "new hysteria" (conversive hysteria) from the perspective of the "old hysteria" (dissociative hysteria). And finally, in the third place, to consider the needs of treatment that pose patients with somatization disorder.

Key words

Hysteria
Dissociative disorders
Conversive disorders
Psychiatric services

Autor

Humberto Casarotti

Médico Psiquiatra, Neurólogo,
Médico legista.

Correspondencia:

Presidente Berro 2531.
hcasaro@adinet.com.uy

Introducción

El objetivo central de esta presentación es considerar de qué modo la patología histérica –en su especificidad de enfermedad mental– nos pone en el camino de descubrir la realidad del cuerpo, y particularmente la naturaleza del cuerpo que es el sistema nervioso.

Con ese objetivo voy a desarrollar tres puntos. Primero presentar a la histeria según el modo como los diferentes contextos de pensamiento fueron entendiendo a esta patología mental. Segundo, analizar de qué manera es propuesta actualmente "la vieja histeria". Para finalizar, en tercer lugar, refiriendo las exigencias que plantean los pacientes histéricos, cuando deben ser asistidos.

(I) La histeria en la evolución de la psiquiatría

Presentar a la histeria según los diferentes "contextos de pensamiento" en las etapas históricas, significa tomar en cuenta la manera como, en cada etapa, fueron y son articulados los diversos conceptos nucleares de la psiquiatría. Estos conceptos son:

a) La enfermedad mental: su realidad, su diagnóstico, su etiopatogenia y su tratamiento; b) la salud mental, y si implica o no una diferencia cualitativa con la enfermedad; c) la enfermedad neurológica *stricto sensu* (es decir, aquellas afecciones que desde el inicio de su historia fueron del interés de los médicos de

* Esta presentación se realizó en la sesión científica de la SPU, el 30 de junio de 2006.

Acordamos con el Dr. M. Viñar en mantener el formato coloquial de las presentaciones realizadas en la actividad de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, el 30 de junio de 2006.

pensamiento “neurológico”); y d) el modo como es pensada la relación cuerpo/mente. Esta reflexión significó, a partir del siglo XIX, preguntarse por la organización del sistema nervioso, por su realidad, al observarse que es en este espacio corporal que el hombre tiene el poder de incorporar el tiempo de la experiencia vivida, es decir, el de su vida de relación.

En diferentes contextos de pensamiento médico, la patología histérica fue recibiendo nombres distintos: “neurosis del encéfalo”, “trastornos funcionales de la actividad nerviosa”, “pitiatismo”, “psiconeurosis histérica”, “neurosis histérica conversiva y disociativa”, “trastornos somatomorfos: disociativos, de somatización, de conversión, de dolor”.

De acuerdo con la articulación de los diversos conceptos señalados, se puede establecer en la historia de la histeria tres etapas, en el predominio de algunos de esos conceptos provocó que siempre existiese cierto desequilibrio. Esos desequilibrios no fueron negativos, sino que, por el contrario, constituyeron el motor de los cambios que la complejidad de la histeria fue exigiendo.

Una pregunta que cabe hacerse respecto al estado actual del “campo de la histeria”, donde todo parece estar equilibrado, es si finalmente se ha logrado conceptualizar a la histeria en su realidad, o si, por el contrario, el equilibrio actual es solo aparente y que lo que en realidad sucede hoy es que nos cuestionamos poco sobre la naturaleza de esta enfermedad, y en general de toda la patología mental.

Partamos del hecho histórico de que la realidad de la histeria siempre obligó a que fuese percibida, tanto cuando los inquisidores del Malleus Malleficarum “objetivaban” la posesión demoníaca al establecer zonas de anestesia histérica, como cuando los docentes de medicina de grado superior se preguntan perplejos frente a una paciente, por ejemplo, con una hemianestesia histérica, “cómo es posible que sea una histérica si es una paisana del interior”. En cualquiera de estos casos, la realidad de la histeria está presente, mostrando que su interpretación es inseparable del contexto cultural y del saber médico en que aparece. Son los síntomas estigmas y las crisis de los pacientes histéricos, lo que el clínico no puede dejar de comprobar, aunque desde

la perspectiva de la patología médico-general no sepa cómo pensarlos^{1,2}.

1.

Durante el siglo XIX, en una etapa que puede ser descripta como de “neuropsiquiatría indiferenciada”, donde todo era “el encéfalo” (aunque ese encéfalo fuese pensado al modo freniátrico), y donde se entendía a la enfermedad como un déficit cualitativamente diferente a la salud, de acuerdo con los criterios de Pitres³ los trastornos histéricos eran:

- trastornos funcionales del SN
- lábiles (pueden ser provocados, modificados, suprimidos: intencionalidad y artificialidad)
- raramente aislados
- generalmente coexisten con un estado “neurótico” (debilidad, inmadurez, fragilidad)
- evolución irregular
- no alteran la integridad física (superficiales)

La histeria era una de las “grandes neurosis”. En esa época con el nombre de neurosis se agrupaban enfermedades caracterizadas por no presentar anatomía patológica, estudiadas por los que en el futuro serán los neurólogos, ya que estos pacientes no eran alienados (corea, parkinson, epilepsia). Fue en este contexto que Charcot construyó “su histeria”^{4,5}, entendiéndolo que implicaba un fuerte componente psíquico (de sugestión, emoción, angustia): a) donde la enfermedad nerviosa era la que “condicionaba” la sugestibilidad histérica; y b) donde el “halo orgánico” de la histeria obligaba a investigar lo que podía acercarla a la patología cerebral.

Durante este período, guiados por el modelo anátomo-clínico, tanto las crisis como los estigmas fueron entendidos como fenómenos “neurológicos”, pero diferentes a las manifestaciones de tipo lesional. Charcot, al no encontrar una lesión para explicar, por ejemplo, las parálisis histéricas, las relacionaba sin embargo con la misma área del sistema nervioso, diciendo que el trastorno era “dinámico” y no lesional.

Esta aproximación anátomo-clínica a la

histeria que iba a impedir una y otra vez que la afección escapase a la aprehensión del clínico, sin embargo, por el hecho de “insistir en objetivar su realidad”, terminó llevando a que se percibiese su naturaleza mental. Realidad mental y severidad de la histeria de la que Freud sintió el impacto durante su pasaje por la Salpêtrière.

Durante ese período se comenzó a pasar de las neurosis del XIX (afección neurológica sin anatomía patológica) a las neurosis del XX (afecciones mentales), por el atajo de las “psiconeurosis” (grupo de las neurosis de transferencia, que Freud desde sus primeros estudios sobre la histeria opuso a las neurosis actuales, que mantuvo vinculadas a trastornos orgánicos: neurastenia, hipocondría, neurosis de angustia⁶).

P. Janet, el médico psicólogo del servicio de Charcot, se dedicó al estudio de los estados disociativos, de las “dobles personalidades”, las amnesias, letargias, crisis varias, etc., entendiendo que las funciones psíquicas son conductas que nos acercan en grado variable a la realidad. Descubriendo que el accionar humano se despliega en niveles de pensamiento de complejidad creciente, afirmaba que el nivel más exigente es el de la “aprehensión del mundo de los objetos”, al que denominaba “poder de presentificar”, indicando de esa manera el poder que el sujeto tiene de ser el agente de la acción presente. Janet hablaba de “la fuerza” mental entendiendo así referirse a lo que consideraba un reservorio de energías informes (la energía del organismo que tiende a descargarse), estando su interés orientado, no tanto al estudio de esa fuerza indiferenciada y ciega, sino al estudio de la “tensión que la contiene” (o nivel de integración de la conducta). Como dice Ey⁷, Janet describió de ese modo los niveles de la jerarquía de las funciones psíquicas, en especial los niveles más altos, pero por tener la mirada puesta en la organización, en la forma de la integración, minimizó a la fuerza, por así decir, despolarizó a la dinámica psíquica.

2.

Se inicia así la segunda etapa, donde es posible señalar dos momentos cruciales.

En primer lugar, J. Babinski⁸, objetivando que las parálisis histéricas eran distintas a las parálisis por un accidente vascular encefálico, estableció la dicotomía órgano-psíquica, que va a acompañar el estudio de toda la patología del sistema nervioso hasta el momento actual. Dicotomía que afirma que los síntomas que son objetivos y orgánicos son neurológicos y deben ser estudiados por los neurólogos, y que los síntomas que son psíquicos son subjetivos, y que su estudio corresponde a los psiquiatras.

Procediendo de ese modo hizo dos afirmaciones: una, errónea, porque identificó orgánico con organicidad focal y porque al negarles organicidad hizo de estos fenómenos irrealidades que nada tienen que ver con el sistema nervioso; otra, válida, porque al afirmar que los fenómenos histéricos “son para ser estudiados por los psiquiatras”, vislumbra que es de su naturaleza propia, el ser “mentales”. En segundo lugar, S. Freud, estudiando el soñar, los fenómenos de “sugestión post-hipnótica” y los síntomas histéricos, afirmó que esos distintos fenómenos eran expresiones psíquicas, inconscientes, no voluntarias pero sí intencionales. Y si bien fue en París donde Freud tuvo la ocasión de interesarse por la histeria, en realidad fue en Nancy donde sintió, trabajando con Berheim, la fuerza del inconsciente⁷. La revolución copernicana que estableció Freud, fue entender y afirmar que la fuerza de la sugestión era una fuerza interna, y no el efecto de una fuerza exterior al sujeto. De ese modo comprendió, con su descubrimiento de un inconsciente sustantivo y estructurado, que los síntomas los “fabrica” el sujeto por el poder del deseo y que el paciente psiquiátrico, en este caso el paciente histérico, es sujeto agente inconsciente de su trastorno. Freud, literalmente absorbido, polarizado sobre la fuerza libidinal, minimizó la estructuración integrante del psiquismo. En consecuencia, minimizó al psiquismo como causalidad psíquica, quedando fijado en la “causalidad inconsciente” de la histeria, para nada determinada orgánicamente.

Para Babinski, y en cierto sentido también para Freud, el cuerpo jugaría el papel de un teclado de expresión: la histeria no es una enfermedad sino el efecto de una causalidad psíquica, sólo un simulacro, porque sus síntomas no son “realmente” manifestaciones que tengan que ver con una alteración del sistema nervioso... en el fondo son síntomas “sine materia”; en otras palabras, no son realmente una enfermedad.

Por supuesto que la histeria siguió siendo estudiada por los psiquiatras como un tipo de enfermedad mental, y encarada por los psicoanalistas en la relación transferencial, que es el espacio relacional donde sus manifestaciones pueden ser analizadas y “liquidadas”. Pero en los hechos la posición que dominó y domina la perspectiva médica de la histeria es la del “pitiatismo” de Babinski. Desde comienzos del siglo XX, las diferentes generaciones de médicos han considerado siempre que las manifestaciones histéricas son “pitiáticas”, es decir, imaginarias, “generadas por sugestión y curables por persuasión”. En el fondo los médicos, al igual que los legos en psiquiatría, participan de hecho de la afirmación de Babinski, cuando decía que si bien los histéricos no son simuladores porque son enfermos... son “demi-simulateurs”⁸.

La fuerza de la posición adoptada que se origina tanto en conceptos paralelistas de la relación cuerpo/mente y en la idea de un sistema nervioso de estructura homogénea, repercutió también con relación a las formas de epilepsia psíquica, las que actualmente son clasificadas como crisis simples psíquicas (A4), como crisis complejas y como “estados de mal psíquicos” (status de petit mal, status parcial complejo). Estas formas de epilepsia que fueron reconocidas y estudiadas en el siglo XIX, al ser negada la histeria como una enfermedad real, se vieron arrastradas a la desaparición. Esta evolución que en paralelo sufrieron las formas psíquicas de epilepsia y la histeria, ya que aparecieron, desaparecieron y reaparecieron conjuntamente, y que es muy significativa para reflexionar sobre la relación de las enfermedades mentales con el sistema nervioso, escapa a las posibilidades de esta presentación*⁹.

A lo largo de esta segunda etapa que puede ubicarse entre 1910 y 1960, la percepción de

la histeria como no enfermedad se extendió a la enfermedad mental en general. Esta construcción de gran parte de la psiquiatría de la época, modelada por los conceptos psicoanalíticos, determinó tres consecuencias: 1) la de ser una psiquiatría que restó importancia al diagnóstico; 2) la de limitarse al diagnóstico de las estructuras psicopatológicas y no al de los procesos de enfermedad (que siempre constituye el objeto “primero” de la medicina); y 3) la de expandir a la psiquiatría más allá de la enfermedad mental, lo que en los hechos significó entender que eso “validaba” el derecho de los psiquiatras a trabajar con objetivos progresivamente no médicos. Cuando a esta inflación del campo de acción de los psiquiatras se agregó en los 60 los conceptos sociogénicos y la hipótesis infundada de que “la psiquiatría forma parte del poder represor de las estructuras sociales¹⁰, entonces los objetivos de la psiquiatría fueron entendidos ya no solamente como de tipo no-médico, sino, incluso, como debiendo ser anti-médicos. Este contexto de negación de la realidad de la histeria, llevó a negar por extensión el carácter de fenómeno natural de las enfermedades mentales, entendiéndolas sólo como “un mito” cultural¹¹.

3.

Por los años 70 comenzó la etapa tercera de la historia de la histeria, confirmando lo que había dicho J. de Ajuriaguerra¹² que después de Babinski se había terminado por creer que la histeria no existía, cuando en cambio la realidad mostraba que “los histéricos seguían existiendo”. ¿Dónde estaban presentes estos pacientes desplazados por los neurólogos y negados por los psiquiatras? Los análisis históricos de mediados del siglo pasado y la experiencia de los médicos indican que los histéricos seguían “existiendo” en una verdadera “tierra de nadie”¹³: no siendo pacientes neurológicos eran derivados a los psiquiatras, y estos, “temerosos” por la posibilidad de no valorar adecuadamente los síntomas “neurológicos”, se los devolvían a los neurólogos... Ese continuo “pase” entre los dos especialistas del sistema nervioso, expresión de la pérdida de realidad que había sufrido la histeria en la mente de los médicos, hacía que los histéricos

* El lector interesado en conocer esta evolución puede orientarse con la lectura de la referencia ⁷.

“viviesen” en un espacio no médico, aunque formase parte del hospital. Un ejemplo de lo anterior ha sido y es el corredor que está “entre” las policlínicas neurológica y psiquiátrica del Hospital de Clínicas.

Los psiquiatras somos quienes debemos sentirnos los primeros responsables de este “continuo pase”. Los psiquiatras, por saber sobre la naturaleza de la enfermedad mental y por ser responsables de su asistencia (incluidos los histéricos), somos quienes hemos logrado entender que los procesos mentales mórbidos son desorganizaciones de un orden corporal que es mental. Cuando los psiquiatras continúan operando con modelos parciales (psicoanalíticos o neurológico-símiles), al ser consultados por histéricos oscilan inevitablemente entre considerarlos, o bien pacientes puramente imaginarios, o bien pacientes neurológicos aún no diagnosticados correctamente. Como un ejemplo de lo anterior basta con que cada uno de los psiquiatras oyentes recuerde el modo como ha intercambiado a sus pacientes con crisis una y otra vez con los neurólogos, como en un “partido de ping-pong”, preguntándose el psiquiatra si no son crisis epilépticas, y el neurólogo si no son crisis histéricas.

El haber re-descubierto la existencia de los pacientes histéricos y la realidad de su patología, determinó su estudio a partir de los 60. Ese estudio fue también una de las expresiones del movimiento que los psiquiatras iniciaron para “recuperar el diagnóstico”. Los psiquiatras, disponiendo desde hacía unos diez años, además de la psicoterapia, de tratamientos biológicos eficaces, debían establecer con claridad el diagnóstico que permitiese aplicar racional y diferencialmente los métodos físicos y psíquicos.

Ese trabajo diagnóstico consistió en el desarrollo de criterios para los dos tipos de diagnóstico esenciales en la praxis psiquiátrica: a) el diagnóstico de la estructura mental que el proceso orgánico determina (diagnóstico de tipos psicopatológicos), y b) el diagnóstico del proceso orgánico generador de las formas de vida mental regresiva (diagnóstico de tipo de enfermedad o constructo clínico). Para llevar adelante ese trabajo los psiquiatras norteamericanos partieron de dos hipótesis, primero, de que la enfermedad mental era una estructuración psíquica cualitativamente

diferente a las estructuras de salud mental, y segundo, de que había que lograr acuerdo respecto a las realidades que los psiquiatras referían cuando “nombraban” de tal modo a un cuadro patológico. El acuerdo logrado respecto a los criterios diagnósticos subyacentes en el trabajo clínico cotidiano de los psiquiatras, fue el objetivo y sus resultados se plasmaron en el DSM-III¹⁴. Durante los años de preparación de este sistema de codificación, cuyo objetivo no fue sustituir la semiología psiquiátrica, se buscó “validar los tipos psicopatológicos”, de acuerdo con los pasos tradicionales de: a) validez primaria (unificación por semejanzas “que saltan a la mirada”; b) validación descriptiva (unificación por semejanzas y diferencias); y c) validación predictiva (unificación por elementos de predicción evolutiva).

El objetivo primario del DSM-III fue el aumentar el acuerdo diagnóstico entre los técnicos, para lo cual lo central consistió en disponer de criterios diagnósticos más precisos y en rechazar la posibilidad de “falsos positivos” (que era lo que predominaba en la psiquiatría de modelo psicoanalítico). Aunque la validación de los “tipos de enfermedad” era un trabajo que se reservaba para el futuro, para cuando se hubiese logrado el acuerdo diagnóstico, como la tarea clínica no puede llevarse a cabo solamente con el diagnóstico de las “estructuras psicopatológicas”, también se establecieron criterios de validación externa para los “tipos o constructos clínicos”¹⁵: 1) variables biológicas (bioquímicas, anátomo-patológicas), 2) variables genéticas y APF, 3) variables evolutivas, 4) estilos de personalidad, 5) respuesta al tratamiento, 6) variables epidemiológicas.

Retomando la psiquiatría, en este nuevo contexto, el camino de la medicina aplicó esos pasos con relación a la histeria. Al hacerlo, rápidamente se hizo evidente la confusión que existía en el lenguaje cotidiano, médico y no médico, cuando se hablaba de histeria. Pero también se hizo evidente que lo más grave de la situación era que la palabra histeria no tenía un significado preciso, y que no sólo era un término equívoco, sino que, como decía Chodoff¹⁶, el diagnóstico de histeria se había “convertido en un globo lleno de aire y no de sustancia... un fósil tapado por capas sucesivas de significado...”.

Entre las decisiones que se tomaron para ir aclarando el problema de la histeria destacó: primero, que lo conversivo debía ser distinguido de otras manifestaciones histéricas “más psíquicas, disociativas”; segundo, que era necesario conocer qué datos respecto a la afección eran realmente empíricos, especialmente en el área de lo conversivo, y finalmente el de dar un nombre nuevo a “los síntomas físicos que sugieren un trastorno físico que no se objetiva”.

Este movimiento que llevó a la creación de la categoría diagnóstica de los “trastornos somatomorfos” fue un paso que tuvo sentido pragmático, pero fue un paso arriesgado. Pragmático porque, apuntando a simplificar las cosas, respondía a la apariencia somática de los síntomas conversivos, aun cuando la evolución posterior evidenciase que la separación “conversión” y “disociación” siempre es cuestionada del mismo modo que la validez de separar hipocondría de ansiedad y trastorno dismorfofóbico de psicosis. Y arriesgado porque llevaba a la aceptación tácita de que los síntomas tenían algo de “somáticos”, cuando en realidad eran manifestaciones mentales patológicas, estructuralmente diferentes tanto de la patología somática como de la patología psicósomática. Sin embargo, este paso arriesgado terminó siendo positivo, en el sentido de que la evolución a través de los DSM actuales llevó a comprender que lo que define a un trastorno como psíquico no es que sea de causa psíquica, sino que es de estructura mental.

Esto fue lo que sucedió precisamente en el área de un síntoma ambiguo como es el dolor. Dentro del esquema causal habitual de organógeno/psicógeno, las formas de dolor sin “espina irritativa orgánica” eran formas de “dolor psicógeno”. El movimiento que rechazó esa dicotomía causal por apriorística, hizo también del dolor un síntoma de tipo “somatomorfo”. Los estudios y revisiones posteriores del síntoma dolor (especialmente la dificultad en afirmar la no existencia de un componente somático en el dolor) y su integración en varios de los subtipos somatomorfos, fueron determinando que la denominación actual de esta categoría sea simplemente “trastorno por dolor”¹⁷.

En suma, tal vez lo más relevante de la evolución respecto a histeria, iniciada en los 70, es que sus síntomas son valorados como expresión de una enfermedad real. Actualmente, la distinción con que los médicos deben abordar las manifestaciones histéricas ya no es más la distinción babinskiana entre “enfermedad real” y “no enfermedad”. En el entendido de que los trastornos somatomorfos no son imaginarios sino enfermedades propiamente dichas, la distinción conceptual que hoy se hace es entre “trastorno médico psiquiátrico, de tipo somatomorfo” y “otros trastornos médicos no psiquiátricos”.

(II) ¿Cuál es el “estado actual del arte”?

La evolución señalada se expresa en los sistemas de diagnóstico y de clasificación psiquiátrica actuales, el DSM-IV¹⁸ y la CIE-10¹⁹.

Tratando de despejar el campo y tomando conciencia de que las capas de significado que impregnaban a las palabras “neurosis” e “histeria” habían llevado a hacerlas irreconocibles en la práctica, se tomó la decisión de eliminarlas de la nomenclatura. Como la histeria, precisamente por su “psicoplasticidad”, se expresaba en una infinidad de expresiones clínicas, su eliminación de los códigos diagnósticos determinó que su realidad fuese fragmentada en diversos síndromes o conjuntos sintomáticos. Esta fragmentación de una afección mental polimorfa como lo es la histeria volvió a la antigua división en “psíquica” o de trastornos disociativos, y “somática” o de trastornos conversivos. Esta división fue establecida, en un contexto propuesto como “ateórico”, con el objetivo de incrementar el acuerdo diagnóstico desde esa doble perspectiva semiológica. Sin embargo, no fue posible liberarse de los conceptos de disociación (mecanismo hiponóide), y de “conversión” (mecanismo de desplazamiento) que aparecen mezclados en el nombre de algunos códigos del Cap. F de la CIE-10, por ejemplo, el F44 o de “trastornos disociativos (de conversión)”, y los códigos F44.4-F44.7 o de “trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad”.

De acuerdo con varias referencias extraídas del *Traité des hallucinations* de H. Ey²⁰, podemos decir que a la naturaleza de la histeria, el hecho de ser un trastorno mental, se llegó por vía de los fenómenos disociativos (o “vieja histeria”). En consecuencia, es mediante esta histeria “psíquica”, o sea, por el análisis psicopatológico, que hay que entender a la histeria conversiva (o “nueva histeria”). La histeria hoy se ha “especificado” y “especializado” en la histeria de conversión, donde la “comedia” autosugestiva del histérico se juega a nivel del cuerpo y de sus funciones. “El cuerpo por su realidad ambigua se presta para diversas ambigüedades diagnósticas, ya que la «falsa» realidad que expresa plantea a las máscaras más difíciles de desenmascarar”. Ey afirma que la conversión histérica es la forma más pura de la histeria, donde presentándose como fenómeno aislado pone en juego toda la estructura imaginaria de la histeria, “donde el sujeto es su propio hipnotizador”.

(III) Problemas en el “hacerse cargo” asistencial de los pacientes histéricos

Aunque con relación a histeria la psiquiatría ha logrado consolidar su realidad de fenómeno mental patológico, en la práctica asistencial se mantienen vigentes modos de manejo de estos pacientes que continúan siendo dicotómicos. En lugar de partir de un análisis cuidadoso de la realidad de su estructura mental, se continúa trabajando con estos pacientes considerando a la histeria como una afección de causa psicológica.

Esta aproximación “causal”, sesgada, a los fenómenos histéricos se vio facilitada por la aplicación del llamado modelo “bio-psico-social” que fue expuesto sistemáticamente por G. Engel²¹ en los 70, y cuya hipótesis es que en todo problema psiquiátrico hay que considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales. Como lo señala N. Ghaemi²², con este modelo que se convirtió en el modelo de psiquiatría, se pensó poner fin a los conflictos de las escuelas biológicas y psicoanalíticas, ya que aparecía como “consistente con todas las aproximaciones”. Sin embargo, ha determinado un eclecticismo laxo que no orienta en su praxis, ni a terapeutas ni a investigadores.

Aunque con la denominación de “modelo bio-psico-social” se intentó señalar la necesidad pluralista de aplicar al caso concreto el mejor método, la evolución en los últimos años lo ha llevado a ser “una excusa para no esforzarse intelectualmente”. Como dice Ghaemi: “el modelo bio-psico-social se ha convertido en un mantra, otra ideología que ha reemplazado o quizás ocultado las anteriores”. Y no podía ser de otro modo, porque detrás de su superficial eclecticismo subyace una actitud dogmática, por ser este modelo el resultado de una amalgama sincrética de teorizaciones heterogéneas.

Como consecuencia de lo señalado previamente, es posible hacer algunos señalamientos con relación a la asistencia de los pacientes con trastornos histéricos.

1. Los psiquiatras debemos saber que la patología histérica determina una situación particular; en cuanto al tipo de asistencia médica que estos pacientes buscan. Se podría pensar que los síntomas de naturaleza conversiva, por su carácter generalmente “superficial y artificial”, llevarían a estos pacientes a ser clientes de los prácticos de las llamadas “medicinas alternativas”. Sin embargo, no es así, porque los pacientes histéricos necesitan consultar a un médico, con la finalidad no consciente de hacerlos fracasar. La patología histérica, travistiéndose en manifestaciones somáticas, hace que el médico aplique un tipo de razonamiento que por definición está destinado a no funcionar²³. Estos pacientes evidencian la necesidad absoluta de la semiología psiquiátrica, porque si esta es obviada, entonces el paciente es estudiado como “el paciente orgánico” que no es, lo que hace fracasar lo esperable en una relación médico-paciente.

2. Acordando entre nosotros en la realidad de la histeria como déficit y como reorganización libidinal.

3. Logrando incidir en la formación de los médicos generales y de todo el equipo de atención respecto a la naturaleza y complejidad de esta patología mental.

4. Utilizando el DSM, pero rechazando su simplificación y sobre todo su uso “fuera de lugar”, lo que de hecho hacen muchos médicos, que de ese modo operan como psiquiatras “amateurs” y por lo mismo sin el nivel de profesionalidad semiológico que la psiquiatría exige.

Si como grupo profesional logramos unificar, desde una perspectiva psiquiátrica, el encare de los pacientes con un trastorno “histérico”, entonces un día podrán ser corregidos los aspectos organizacionales de los sistemas asistenciales que conspiran contra su atención. Sólo así lograremos que “el corredor” entre las policlínicas de psiquiatría y de neurología deje de ser la tierra de nadie donde estos pacientes “existen”.

Quiero cerrar esta breve exposición recordando el título de un artículo de W. C. Lewis de 1974²⁴, donde este autor se preguntaba: “*Histeria: ¿dilema del consultante?, ¿demostración del siglo XX?, ¿epíteto peyorativo?, o ¿diagnóstico útil?*”

Mi experiencia personal y de quienes me ayudaron en mi formación psiquiátrica, es que el diagnóstico de histeria es un diagnóstico útil porque responde a una realidad clínica. Y que la “especial” realidad de esta patología mental apareja varias consecuencias positivas para el psiquiatra: a) porque incide en su capacidad diagnóstica en general, dado el esfuerzo que exige su comprensión como fenómeno patológico y sus dificultades diagnósticas; b) porque constituye un campo especialmente fértil para la reflexión psicopatológica; c) porque abre la imaginación creadora a los aspectos más misteriosos del sistema nervioso; y d) porque desde el punto de vista de la asistencia (de la “prise en charge”) exige de cada uno, pero especialmente del grupo psiquiátrico que como tal es docente “necesario” en este campo, mayor acuerdo en la comprensión de este trastorno médico que necesita presentarse como “siendo lo que no es”.

Referencias bibliográficas

1. **Ey H.** L'Hystérie. Gazette des Hôpitaux 1935; 46:797-836.
2. **Ey H.** Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie. (Historique et analyse du concept). Rev Praticien 1964; 16:1417-1431.
3. **Pitres A.** Leçons cliniques sur l'hysterie et l'hypnotisme. Paris: O. Doin; 1891
4. **Charcot JM.** Leçon d'ouverture. In: Charcot JM. Clinique des maladies du Systeme Nerveux (T III). Paris: Delahaye & Lecrosnier; 1887, pp. 1-22.
5. **Charcot JM.** L'hysterie. (Textes choisis per E. Trillat). Toulouse: Privat; 1971.
6. **Freud S.** On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description “anxiety neurosis”. In: Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 3. London: Hogarth Press; 1962.
7. **Ey H.** Force et faiblesse des concepts génétiques et énergétiques de la psychopathologie de Pierre Janet. Bull psychol 1960; 13:50-55.
8. **Babinski J.** Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. Semaine Médicale 1909; 1:3-8.
9. **Casarotti H.** Histoire du diagnostique différentiel des crises hystériques et épileptiques. Evol Psychiatr 1999; 64:511-530.
10. **Foucault M.** El poder psiquiátrico. México: Fondo de Cultura Económica; 2005.
11. **Szasz Th.** Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
12. **Ajuriaguerra J de.** Le problème de l'histérie (revue critique). Encéphale 1951; 40:50-87.
13. **Janz D.** Le epilepsie. Patologia speciale e terapia. Padova: Picin; 1978.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed). Washington DC: Am Psychiatric Assoc; 1980.
15. **Robins E, Guze SB.** Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness:

- its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983-987.
16. **Chodoff P.** The diagnosis of hysteria: an overview. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1073-1078.
 17. **Dworkin SF, Wilson L.** Somatoform pain disorder and its treatment. In: Dunner DL (ed). *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders; 1993, pp. 321-328.
 18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington DC: Am Psychiatric Assoc; 1994.
 19. OMS. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico)*. Madrid: Forma; 1992.
 20. **Ey H.** *Traité des hallucinations* (2 tomes). Paris: Masson; 1973; pp. 855-898.
 21. **Engel GL.** The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137:535-544.
 22. **Ghaemi SN.** *The concepts of psychiatry. A pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: The John Hopkins Univ Press; 2003.
 23. **Peirano JC.** ¿Cómo procede el médico general con los pacientes somatomorfos? En: Casarotti H (coord). *Trastornos somatomorfos*. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Educación Médica Continua, 30/6/1995 (cf Bibl SMU).
 24. **Lewis WC.** Hysteria: the consultant's dilemma –twentieth century demonology, pejorative epithet, or useful diagnostic? *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30:145-151.