

HISTERIAS DE AYER Y DE HOY

Manuel Álvarez Romero; Alberto Leal Crespo; Ana Moreno Gómez
Centro Médico Psicossomático. Sevilla
malvarez@psicosomatica.net

RESUMEN:

En los siglos de vigencia psicopatológica de este término, la histeria, su presentación ha sido siempre tan plural como difusa. Es típica la cualidad sorpresiva de la patología histriónica. El factor cultural influye sobremanera en la patología de la clínica histérica. Conocemos los relatos de la historia antigua, los coloridos cuadros de la Salpetriere y se nos suelen "escapar" las manifestaciones histriónicas de nuestros pacientes en razón de su menor expresividad y de la ignorancia de los clínicos. Hacemos una revisión de manifestaciones histéricas en una consulta ambulatoria de medicina psicossomática. Apreciamos que en gran medida, están ligadas a la relación inter-afectiva de la pareja y con mayor o menor incidencia en la sexualidad. Concluimos con la necesidad de tomar conciencia de que sólo se aprecia lo que se conoce, por lo que resulta evidente la necesidad de una formación al día en esta materia para médicos y psicólogos. Así se hizo en las Jornadas sobre: "PERSPECTIVAS ACTUALES SOBRE LA HISTERIA: ¿SÍNTOMA O ENFERMEDAD?" en Madrid el cuatro de Noviembre de 2009.

HISTERIAS DE AYER Y DE HOY

1. INTRODUCCIÓN.
2. HISTORIA.
3. CONCEPTOS.
4. NOSOLOGÍA.
5. LA HISTERIA EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES.
6. ETIOPATOGENIA.
7. LAS HISTERIAS DE HOY EN DÍA.
8. ABORDAJE TERAPÉUTICO.
9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Introducción.

En los siglos de vigencia psicopatológica del término "histeria", su presentación ha sido tan plural como difusa. Es típica la cualidad sorpresiva de la patología histriónica. El factor cultural influye sobremanera en la patoplastia de la clínica histérica. Conocemos los relatos de la historia antigua, los coloridos cuadros de Salpetriere y, con frecuencia, se nos suelen "escapar" las manifestaciones histriónicas de nuestros pacientes en razón de su menor expresividad y de la ignorancia al respecto de los clínicos.

En el presente trabajo pretendemos hacer una revisión de las manifestaciones históricas que se dan en una consulta ambulatoria de medicina psicosomática. Apreciamos que en gran medida, están ligadas a la relación inter-afectiva de la pareja, teniendo una mayor o menor incidencia en el ámbito de la sexualidad. Por último, resaltar la necesidad de tomar conciencia de que sólo se aprecia lo que se conoce, por lo que resulta evidente la necesidad de una formación al día en esta materia para médicos y psicólogos.

2. Historia.

El término histeria proviene del griego "hysteron", que significa "útero". Allí se consideraba la histeria como una enfermedad del útero y, por lo tanto de las mujeres. Por otro lado, en el medievo, las personas histéricas eran relacionadas con temas como la brujería, el esoterismo, la herejía y el diablo, siendo perseguidos y castigados.

Ya en el Siglo XIX y XX se formalizaría la histeria como un trastorno, siendo precursores, en este proceso, los siguientes autores: Lassegue, Charcot, Babinsky, Freud, Krepeling, Krestmer, Briquet, Janet, Rof Carballo, Jaspers, Breuer, Koch, P. Marty, López Ibor, etc.

Charcot es el precursor de la [psicopatología](#). Fueron especialmente relevantes sus investigaciones sobre la [histeria](#). Acreditó definitivamente la idea de la histeria masculina, llamó la atención sobre las manifestaciones de la histeria traumática y, sobre todo, oficializó con su prestigio el interés médico de la "gran neurosis". Por otro lado, fue el fundador de la escuela de neurología del [Hôpital de la Salpêtrière](#), Su obra, en tres volúmenes *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière* fue publicada entre 1885 y 1887. [Freud](#) fue uno de sus alumnos. Y también [Joseph Babinski](#), [Gilles de la Tourette](#) y [Gilbert Ballet](#).

3. Conceptos.

El término histeria tiene diversas acepciones. La Doctora María A. Ron expuso las siguientes:

- Un síntoma: conversión, disociación,...
- Síndromes como el de Briquet o el de Somatización.
- Un Trastorno de la Personalidad.
- Una epidemia.
- Por último, a mediados del Siglo XX se comenzó a usar como un insulto.

La histeria es una neurosis en la que la ansiedad se "fija" en un objeto que resulta simbólicamente representativo del conflicto base inconsciente que se padece. El síntoma es una formación de compromiso entre el deseo y la prohibición. Y, con frecuencia, un modo de eludir la veracidad y la responsabilidad. Pero no es histérico el que "quiere" sino el que "puede".

La histeria es considerada por Juan J. López Ibor como una actitud, en la cual el parecer importa más que el ser. "Existe una verdadera fruición de inautenticidad" dice en su obra *"De la noche oscura a la angustia"*.

"Cuando decimos, siguiendo a Von Weizsaecker, que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico posee un correlato corporal, no presuponemos que un fenómeno psíquico se convierte en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno psíquico puede ser contemplada en su aspecto corporal" (*"Mirando Personas"*, José María López Sánchez. Granada, 2006).

Por otra parte y para terminar este apartado, vamos a comentar las distintas aportaciones del concepto de histeria a la Psicopatología, la Psiquiatría y la Medicina Psicosomática. Esta aportación es muy importante dada la complejidad y la patoplastia del término que estamos tratando:

- Conocimiento enriquecedor de la persona sana y enferma.
- La cuestión de si se trata de una enfermedad neurológica o psiquiátrica.
- La relación histeria y género.

4. Nosología.

En la actualidad, existe una importante desestructuración conceptual y clínica de la histeria, condicionada por las Clasificaciones Internacionales (DSM y CIE). Estas clasificaciones se basan en la descripción clínica de los síntomas y no en el mecanismo etiopatogénico subyacente. Por ello hay trastornos conectados por su etiopatogenia como el Trastorno por Estrés Postraumático, los Trastornos Disociativos y Conversivos y los Trastornos por Somatización, que están clasificados en distintos capítulos. Esto se debe al planteamiento dualista mente-cuerpo propia del pensamiento médico-científico occidental que ha llevado a separar trastornos muy ligados entre sí, en base únicamente a que la sintomatología se exprese a través del cuerpo o mediante funciones psíquicas, lo cual no facilita, a los profesionales, una comprensión global de los fenómenos psíquicos.

Nos parece muy importante resaltar las diferencias existentes entre la Disociación y la Conversión histéricas:

- La Conversión es la expresión psicosomática de la ansiedad derivada de un conflicto, no reconocido como tal, a un nivel muy primitivo de la dinámica funcional cerebral. "La Conversión es la transformación de un conflicto psíquico en un síntoma corporal -motor o sensitivo- cuya localización y distribución no tiene nada que ver con la anatomía y sí, en cambio, con representaciones simbólicas reprimidas que se expresan a través del síntoma corporal" (José María López Sánchez en *"Mirando Personas"*, 2006, Granada). Por tanto la conversión se contrapone a la Somatización, es decir, que mientras que el trastorno por Conversión se organiza en torno a representaciones imaginarias que ocupan (se desbordan-hacia) el cuerpo, en el de Somatización no hay imágenes que vertebren el daño lesional (G. Vidal (1995), citado por José María López Sánchez en *"Mirando Personas"*, 2006).
- La Disociación implica una respuesta conductual, aparentemente incomprensible, y sesgada, en razón del mantenimiento simultáneo de dos roles contradictorios.

5. La histeria en las Clasificaciones Internacionales

Nos encontramos en tiempos de cambio en lo que respecta a estas clasificaciones. Están en revisión cara al 2012 y parece estar gestándose una gran contestación desde amplios sectores médicos que critican la influencia de lobbies económicos o ideológicos para la ampliación o reducción del alcance de los grupos diagnósticos. Como motivos de fondo se alude a intereses ligados al uso o desuso de medicamentos costosos, a fobias-revanchas antipsicoanalíticas o a presiones ideológicas en torno a la antropología de la identidad de sexo y género. Y es que se llega a aniquilaciones irreverentes como sucedió en el caso de la histeria en ediciones anteriores. Somos muchos los profesionales –y especialmente clínicos– que estamos convencidos del retroceso que supuso para la comprensión y el diagnóstico de la histeria la radical modificación en los actuales Manuales.

En esta revisión recogemos la actual situación de la patología histérica en el DSM IV y en la CIE 10 exponiendo la conocida desestructuración del proceso en su pseudo desglose:

- **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD:**
F60,4
301,50
- **TRASTORNOS DISOCIATIVOS:**
F40-44-48
300,12-13-14-15-60
- **TRASTORNOS SOMATOMORFOS:**
F44-45
300,11-70-81
- **TRASTORNOS DISOCIATIVOS:**
F40 y 300,12: Amnesia Disociativa o Psicógena
F 44,1 y 300,13: Fuga Disociativa o Psicógena
F 44,81 y 300,14: Trastorno de Identidad Disociativo = Personalidad Múltiple
F 44,9 y 300,15: Trastorno Disociativo no especificado: Trance, Síndrome de Ganser, Presión psíquica en sectas,...
F 48,1 y 300,60: Trastorno de Despersonalización
- **TRASTORNOS SOMATOMORFOS:**
F44 y 300,11: Trastorno de Conversión= Neurosis histérica tipo conversivo
F 45,0 y 300,81: Trastorno por somatización= Síndrome de Briquet
F 45,1 y 300,8: Trastorno Somatomorfo indiferenciado
F 45,2 y 300,7: Hipocondría
idem Trastorno Dismórfico corporal
F 45,9 y 300,81: Trastorno Somatomorfo no especificado.

Así viene a resultar que las definiciones de los Manuales van por un lado y la clínica por otro. Desde nuestra modesta posición abogaríamos por una modificación regeneradora e integrativa de la histeria en las próximas revisiones.

6. Etiopatogenia.

Histeria y género entrañan una estrecha correlación, ya que se dan un 85% de los casos en mujeres. ¿Arbitraríamos aquí también un Ministerio para la igualdad?

HISTERIAS DE AYER Y DE HOY

Por otra parte podemos observar que existe un 4% de referencias al término "histeria" en los ingresos hospitalarios. Además puede apreciarse que el Síndrome de Briquet aparece en un 2 por mil de la población (Maria Ron).

Hemos de considerar la etiopatogenia en base a lo que nos cuentan y lo que vemos en nuestras consultas. Algunas reflexiones son:

- Las guerras –ambiente patogenético de primer orden para la histeria- de ayer y de hoy son diferentes.
- Y no digamos respecto a la expresión de los sentimientos frente a su represión
- Según se ha considerado en el espectro obsesivo y se parangona con nuestro proceso puede afirmarse que la concepción materialista de la vida frente a espiritualidad o al idealismo, conlleva la corporalización de la sintomatología (Alonso Fernández)
- El autofoco atencional dirigido de modo prevalente hacia el yo afectivo facilita la presentación histriónica.
- Histeria y Bulimia son dos entidades muy relacionadas, siendo extensible el parentesco a los demás TCA que conllevan frecuentemente mecanismos disociativos de base.
- Son más frecuentes los abusos sexuales en la infancia en los antecedentes personales de los pacientes histéricos.
- Las Hísteroepilepsias constituyen un grupo histriónico de difícil catalogación que requiere, con frecuencia, años para un certero diagnóstico.

Una explicación es que la compensación histriónica viene a resolver, de modo anómalo, la percibida falta de "self" social del paciente, con la consiguiente fractura en la unidad del yo, que es sustituido imaginariamente por un síntoma. Así se termina por ser anoréxica, bulímica, toxicómano, fibromiálgica/co, con Síndrome de Fatiga Crónica, etc.

Lluís Barraquer i Bordás describe magistralmente manifestaciones histéricas con formas clínicas tales como la amnesia, las crisis, los temblores, las alteraciones sensoriales, senso-motoras y las pseudoepilepsias,...

Por otra parte, podemos observar que el 45% de los cuadros histéricos tienen un Trastorno de Personalidad previo. Es interesante la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad y la histeria. En los últimos años cada vez más estudios empíricos, de países muy diferentes, están mostrando una prevalencia importante de los trastornos disociativos y en particular del Trastorno de Identidad Disociativo, antes llamado Personalidad Múltiple. Así lo afirma en su trabajo "Tratamiento de los trastornos disociativos" Anabel González Vázquez. Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña, España (Psiquiatría.com, 12/2/2008).

Pero hemos de concluir que no existe ningún síntoma-signo que sea marcador-específico de la histeria.

Una puntualización, en otro orden de cosas es el notable aumento de la morbilidad histérica, por Yatrogenia, en base a las excesivas exploraciones que se realizan innecesariamente, por presión de los pacientes; y, en consecuencia, por la consiguiente Medicina Defensiva.

Es necesario reseñar que se están realizando estudios con técnicas de imagen funcional que ponen de manifiesto la presencia de anomalías en la activación de diferentes áreas cerebrales (hipoactivación del tálamo, putamen y caudado contralaterales en pacientes con hemiparesia funcional) durante episodios conversivos.

7. Las histerias de hoy en día

En las ciencias de la salud, a la hora del diagnóstico, se encuentra lo que se busca. O al menos lo que se conoce.

Hay dos campos clínicos en los que estamos convencidos de la presencia de la histeria en su trasfondo etiopatogénico, que pasan desapercibidos tantas veces, pese a la enorme presencia que mantienen en la sociedad y en la clínica. Son los problemas del amor y el desamor en los conflictos de pareja y el perfeccionismo como rasgo o trastorno de la personalidad.

- La relación de la histeria y los conflictos de pareja descansa en el arte del querer y "dejarse" querer.....que es otro modo de amar. Sólo desde esta perspectiva generosa y donal se excluye el histrionismo del sufrimiento desamorado en una ruptura matrimonial o de pareja. Ciertamente es precisa la necesidad de la observación y de la escucha para reconocerlas. Suelen acompañar las manifestaciones y vivencias de angustia, de ansiedad, las somatizaciones, el pensamiento obsesivo-fóbico, la destructividad,... como ya lo vio y describió López Ibor" (Ll. Barraquer Bordás en el prólogo de "Histeria. Una perspectiva neurológica." de Santiago Giménez Roldán. Masson. 2006) Histeria y desamor: Estrechamiento de la capacidad y del ejercicio de la comunicación afectiva. Y, a modo de feed back surge la interacción negativa y deteriorante hasta llegar a la "anemia afectiva" consecuente a un no saber "dejarse querer".
- Por otra parte están los pacientes anancásticos que con su perfeccionismo sufren y hacen sufrir de modo intenso y continuado con repercusiones evidentes en el deterioro de la vida personal, profesional y sobretodo familiar. En estos casos es subyacente un tono obsesivo que se descubre y combate si se detecta como consecuencia de una fina atención. E igualmente subyacen rasgos histriónicos que se descubren, por ejemplo, en la "ambivalencia" latente, tan frecuente como perturbadora, de estos pacientes Perfeccionistas y Obsesivos (TOC).

Y es que los cuadros histéricos actuales se presentan con los bordes de entrada y salida nubladas, deletéreas y desdibujadas, surgiendo cuadros mixtos entre la histeria, la somatización y la depresión. De ahí la Patoplastia Camaleónica de la Histeria que da lugar a las Neurosis Histerodepresivas. Bien lo describe "Sexo y Amor. Anhelos e incertidumbres de la Intimidad actual" de Emiliano Galende (2001).

La histeria en una consulta de Medicina Psicosomática.

En el Centro Médico Psicosomático de Sevilla usamos el Test Multifactorial de Personalidad de Javier de las Heras para recoger las tendencias de la personalidad de cada sujeto. El paciente realiza este test, autoaplicado, con unas sencillas instrucciones en 10-15 minutos. La corrección se lleva a cabo con plantilla y es muy breve. Consta de 65 items, de los cuales 10 son reveladores de la patología histriónica. Si el paciente tiene 5 o más respuestas específicas positivas, el terapeuta debe constatar mediante el seguimiento clínico la propensión hacia rasgos histriónicos.

Los items relacionados con la Personalidad Histérica son estos 10:

- 12- Mi estado de ánimo tiene frecuentes oscilaciones.
- 14- Prefiero que se note mi presencia mejor que pasar desapercibido.
- 15- me sugestiono con facilidad.
- 30- Me importa la opinión que los demás tengan de mí.
- 35- Con gran frecuencia me encuentro pensando en mí y en mis asuntos.
- 44- Muchas veces no puedo controlar mis emociones.
- 46- Soy muy sensible, agradezco mucho las manifestaciones de cariño.
- 47- Necesito que me den mucho cariño.

- 54- Con frecuencia me quedo ensimismado en mis fantasías.
- 55- A veces reacciono de forma desproporcionada, inadecuada, demasiado dramática.

Por otro lado, conviene resaltar que es común en la práctica clínica encontrarnos con casos clínicos diagnosticados como Trastornos de la Personalidad, Rasgos histéricos, Cuadros Conversivos (hemiplejía, hemiparesia, mudez,...), Somatizaciones, Fibromialgias, Síndromes de Fatiga crónica,... Todos ellos son procesos encuadrables dentro del espectro histriónico. ¿Es la Fibromialgia una epidemia de Histeria?

8. Abordaje terapéutico.

Lo primero que debemos reseñar es que el mero abordaje diagnóstico y exploratorio ya es, a la par, terapéutico en el caso de la histeria.

Cómo primer paso dentro de la terapia es conveniente informar al paciente sobre el problema que tiene; es decir, explicarle que presenta una debilidad funcional por la cual su sistema nervioso no "trabaja" correctamente, a pesar de no estar estructuralmente dañado. A veces se pueden utilizar metáforas (cortocircuito, vivencia opuesta a "miembro fantasma") para que el paciente perciba de un modo más claro y comprenda mejor el problema que realmente tiene. También resulta importante que el propio paciente, comprenda bien lo que "realmente" no tiene, ya que muchas veces "tienen y mantienen" una idea equivocada sobre su proceso.

Otro de los pasos importantes es el hacer ver a paciente que el terapeuta cree en los síntomas que relata. Esto es especialmente importante, ya que al no tener ningún problema físico que explique sus síntomas, pueden incubar algún tipo de rechazo por parte de los profesionales que le atienden, familiares y amigos. Por otra parte, conviene poner cierto énfasis al afirmar que el problema que está sufriendo es algo bastante común, bien conocido y que, por tanto, no tiene porqué estar estigmatizado.

Por último, es oportuno hacer consciente al paciente de la potencial reversibilidad del problema que lo ha traído a consulta. Es necesario infundirle la idea de que con su ayuda podremos conseguir que mejore ("Sé que tu sólo no puedes hacer desaparecer este problema, pero hay cosas que puedes hacer para ayudar a mejorar"). Por otro lado podemos también introducir el papel que desempeñan la depresión y la ansiedad dentro de la patología histérica ("si te preocupas mucho o tu ánimo decae, los síntomas pueden empeorar").

9. Bibliografía.

- Ali, Sami. 1993. **Psicosomática e Histeria**. Revista Zona Erógena. Número 14.
- Angosto Saura, Tiburcio. 2006. **Cuadernos de Psiquiatría comunitaria. Volumen seis. Número dos. Clínica de la Histeria**. Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Oviedo.
- Barraquer Bordás, Lluís. 2006. **Prólogo de "Histeria. Una perspectiva neurológica" de Santiago Giménez Roldán**. Masson. Barcelona.
- Dio Bleichmar, Emilce. 1985. **El Feminismo Espontáneo de la Histeria. Trastornos narcisistas de la feminidad**. Siglo XXI. Madrid.
- Galende, E. 2001. **Sexo y amor. Anhelos e incertidumbres de la intimidad actual**. Paidós. Barcelona.

- *Giménez Roldán, Santiago. 2006. **Histeria. Una perspectiva neurológica.** Masson. Barcelona.*
- *González Vázquez, Anabel. 2008. **Tratamiento de los trastornos disociativos.** Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Psiquiatria.com.*
- *López Ibor, J. J. 1973. **De la noche oscura a la angustia.** Ed. Rialp. Madrid.*
- *López Sánchez, José M^a. 2006. **Mirando personas.** Ed. Lichtung Libro. Granada.*
- *López Sánchez, José M^a. 2007. **Mirando alumnos.** Ed. Lichtung Libro. Granada.*