

Artículos de revisión:

# La histeria clásica y moderna: una visión sinóptica

## Parte II Diagnóstico

Carlos Cruz <sup>1</sup>, Mariela Rodríguez <sup>2</sup>

### Resumen

Todo diagnóstico de un problema descubierto lleva implícito un proceso de análisis y síntesis. Todavía no se ha logrado encontrar una clara definición de la histeria, precisamente por su "psicoplasticidad", es decir, por la infinidad de expresiones clínicas en que se puede presentar. Además su eliminación de los códigos diagnósticos la fragmentó en diversos síndromes o conjuntos sintomáticos.

El psicoanálisis, asociado al concepto, fue desperfilado por la psiquiatría americana con el advenimiento de la investigación biológica sobre trastornos mentales y nuevos descubrimientos como los sistemas de neurotransmisores.

Quedaron atrás los criterios de Feighner, que abarcaban los diagnósticos de neurosis de ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis fóbica, histeria.

Se analiza clasificaciones CIE y DSM, en las que se puede rastrear la histeria.

**Palabras claves:** histeria, neurosis, diagnóstico, CIE-10.

### Classic and modern hysteria: a synoptic view. Part II Diagnosis Summary:

Every diagnosis of a discovered problem implies a process of analysis and synthesis. A clear definition of hysteria has not yet been found, precisely because of its "psychoplasticity", that is, by the infinity of clinical expressions in which it can be presented. In addition its elimination of the diagnostic codes fragmented it in diverse syndromes or symptomatic sets.

Psychoanalysis, associated with the concept, was unburied by American psychiatry with the advent of biological research on mental disorders and new discoveries such as neurotransmitter systems.

Feighner's criteria, which included diagnoses of anxiety neurosis, obsessive-compulsive neurosis, phobic neurosis and hysteria, were left behind.

1. Médico Psiquiatra. Doctor en Ciencias Sociales.
2. Médico Psiquiatra

We analyze CIE and DSM classifications, in which hysteria can be traced.

**Key words:** hysteria, neurosis, diagnosis, ICD-10.

### Introducción

#### Historia

La histeria es una de las grandes palabras de la psiquiatría, como manía, delirio y demencia. (McHug P.R., 1998) De hecho, las explicaciones clásicas de la histeria, siguen una línea histórica desde descenso del útero errante, a la posesión de demonios, hechizos de brujas, al "magnetismo animal" de Franz Mesmer, a las proposiciones fisiológicas de Charcot, hasta la opinión de Freud de que sus características son "conversiones" simbólicas de los conflictos sexuales, pasando a una mirada más reciente que sostiene que el trastorno de personalidades múltiples oculta el abuso sexual en la vida temprana, olvidada al compartir los recuerdos en "personalidades alteradas", a través de "represión robusta" o "disociación". (McHug P.R., 1998) (Chia-bai Claudio J., 2016). (Craddock, A. B. 1959) (Belintani Giovani., 2003)

Con lo anterior y más, todavía no se ha logrado encontrar una clara definición de la histeria.

#### Diagnóstico

Son tres los requisitos de cualquier sistema de clasificación: comunicación, control y comprensión. La comprensión significa el entender la causa y el proceso patológico del trastorno. (Alonso Álvarez Armando. 2007) (Reed Geoffrey M., 2012) (Maleval J. C., 1994) Considerar los síntomas mentales como objetos híbridos, constituidos por una amalgama especial de señales biológicas y configuradores personales, familiares, sociales y culturales. (Marková IS, Berrios GE. 2009) (Marková IS, Berrios GE., 2012)

Durante el siglo XIX coexistían dos grandes tipos de contextos, uno asilar y el otro, no asilar. En el asilo se atendían los pacientes más graves, con mayor morbilidad por causas sistémicas o neurológicas. Los médicos a cargo (alienistas) tenían mayores probabilidades de encontrar una semiología de enfer-

edad corporal, como factor asociado a las alteraciones de la conducta (por ejemplo, la parálisis general progresiva). (Holguín Jorge Carlos, 2004)

Paralelamente, una serie de pacientes y de médicos se encontraban fuera del asilo. Médicos no alienistas (principalmente neurólogos) atendían padecimientos que no eran tan graves; individuos con quejas de ansiedad, ánimo depresivo y quejas somáticas múltiples (dolor, impotencia funcional, fatiga, etc.). (Holguín Jorge Carlos, 2004) (Beer M. Dominic. 1996) (Reed Geoffrey M., 2012) (Maleval J. C., 1994)

Al final, la psicopatología conceptúa los problemas desde dentro y elabora un *metalenguaje* específico para investigar, y cambios de sistemas y paradigmas, que es una de las prácticas específicas de un contexto social concreto. (Múzquiz Jiménez Álvaro., 2013) (Marková IS, Berrios GE. 2009) (Marková IS, Berrios GE., 2012) (Luque Rogelio., 2015) (Reed Geoffrey M., 2012)

La primera clasificación psiquiátrica moderna fue realizada por E. Kraepelin, a comienzos del siglo pasado, pero no es sino después de la Segunda Guerra Mundial que se publica la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), donde por primera vez se incluye un apartado (No. V) para los trastornos mentales. (Alonso Álvarez Armando. 2007) (Beer M. Dominic. 1996) (Reed Geoffrey M., 2012) (Maleval J. C., 1994)

Las clasificaciones CIE y DSM eran no compatibles inicialmente, mientras proliferaban varias clasificaciones nacionales, mutuamente incompatibles, como la rusa, la francesa, la soviética, la guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico y el glosario cubano de psiquiatría. (Rivas Rodríguez M., 2011) (Otero Ojeda Ángel., 2001) (Reed Geoffrey M., 2012) (World Health Organization 1949). 6th revision). (World Health Organization 1967). 8th revision) (World Health Organization 1979). 9th revisión) (World Health Organization 1992). 10th revisión)

Las principales fuentes de desacuerdo para la confiabilidad diagnóstica parecían ser las siguientes: variaciones en el nivel de observación clínica; las inferencias deducidas de estas observaciones, y variaciones en los esquemas nosológicos empleados por investigadores individuales. (Reed Geoffrey M., 2012) (Maleval J. C., 1994)

Hay que considerar además que los trastornos mentales han sido difíciles de definir, y se ha usado una gran variedad de conceptos (ej. malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). (Maleval J. C., 1994)

Las críticas al DSM-III, y a las ediciones subsiguientes, han promovido un cambio de paradigma, tendiente a reemplazar las categorías diagnósticas por sistemas de clasificación dimensional continua, volviendo a definiciones etiológicamente basadas e incorporando los hallazgos de la ciencia neurobiológica en los sistemas de diagnóstico. Los trastornos mentales se consideran enfermedades médicas. (Reed Geoffrey M., 2012) (American Psychiatric Association 1968). (Suris Alina, Holliday Ryan and North Carol S. 2016)

El psicoanálisis fue desplazado por la psiquiatría americana con el advenimiento de la investigación biológica sobre trastornos mentales y con descubrimientos importantes como los sistemas de neurotransmisores. (Villari, Rafael Andrés., 2001). Hasta entonces se usaban los criterios de Feighner (psicoanálisis), que abarcaban los diagnósticos de neurosis de ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis fóbica, histeria, trastorno de personalidad antisocial, alcoholismo, y la anorexia nerviosa. (Reed Geoffrey M., 2012) (American Psychiatric Association 1980).

En el desarrollo de criterios diagnósticos para los trastornos psiquiátricos se acentuó la importancia de la *validez* (si se está midiendo un síndrome coherente y si es lo que se supone) y la *fiabilidad* (la probabilidad de que los diferentes clínicos lleguen al mismo diagnóstico) (Reed Geoffrey M., 2012).

Las principales prioridades de los criterios para la revisión DSM-5, se centraron en la viabilidad y la utilidad clínica de los diagnósticos. Las formas científicas tradicionales de comunicación cedieron paso a un proceso de encuentro político. "La clasificación debe ser basada en características fenomenológicas compartidas" Para el grupo de trabajo, y la mayor parte de la psiquiatría americana, la neurosis era una enfermedad etiológica más que noción descriptiva. (Reed Geoffrey M., 2012)

La investigación se realizó con muestras naturalistas de pacientes y médicos generales, que hacían diagnósticos a través de listas de verificación, en lugar de las entrevistas de diagnóstico estándar. Se ha observado posteriormente que los criterios no diferenciaban suficientemente y los trastornos acarrearán altas tasas de comorbilidad (Reed Geoffrey M., 2012) (Maleval J. C., 1994).

H.J. Eysenck señaló el hecho de que tal enfoque tan vacío, ateo-ríco y anti-experimentalista pudiera encontrar aceptación en la Psiquiatría.

Esta nosología elimina la existencia de términos generales, históricamente reconocidos, por no existir una comprobación conductual precisa que los identifique; hay abandono del prin-

cipio general de clasificación. Ej.; neurosis, psicosis, etc.; niega la concepción de la psiquis, como ideal y subjetiva; (Alonso Álvarez Armando. 2007)

El nuevo manual pretendía ser "científico, conductista y mensurable". Quienes se opusieron a esta tendencia pretendieron "mantener la psiquiatría como un ser humano, abierto y socialmente progresista." La nomenclatura propuesta se asocia a esterilidad lingüística y conceptual. (Reed Geoffrey M., 2012)

El CIE-10 se presentó solamente como un sistema de clasificación, y no como una guía para estructurar el trabajo de los profesionales sanitarios. El desarrollo de la CIE-11 deberá ser global. (OMS., 2011) y asegurar una fuerte participación de los países en desarrollo es un reto. (Gómez Rivadeneira Alexander., 2015). (Rivas Rodríguez M., 2011)

Una segunda cuestión, es que el proceso de revisión y los productos de la misma deben ser multilingües: 20 idiomas. (Gómez Rivadeneira Alexander., 2015). (Rivas Rodríguez M., 2011)

En tercer lugar, el esfuerzo de revisión debe ser multidisciplinar. La clasificación CIE-11, tendrá que ser utilizada por una amplia gama de profesionales sanitarios y, en particular, por personal de los equipos de atención primaria de salud. (Reed Geoffrey M., Ayuso-Mateos José Luis. 2011) (Lázaro José., 2013) (Rivas Rodríguez M., 2011)

## Prejuicios

### 1. Las neurosis

A pesar de las insuficiencias de la neurosis como categoría nosotóxica, la psiquiatría europea ha constatado su necesidad clínica como concepto diagnóstico. Hay un factor general de Neuroticismo (con una notable carga genético-ambiental) que

condiciona la personalidad y los cuadros neuróticos. (Uribe Restrepo, 2006) (Stagnaro Juan Carlos. 2006) (Sarudiansky, Mercedes (2012). Son trastornos psíquicos menores, en el sentido de que no hay pérdida del juicio de realidad, sino síntomas dimensionales que se pueden comprender (sin discontinuidad) a partir de vivencias normales. (Lázaro José. 2013)

Para Juan José López Ibor (1906-1991) el síntoma nuclear de las neurosis es la "angustia vital". Se trata de un sentimiento corporeizado que vincula de forma irreductible lo psíquico a lo somático. De este modo, el concepto unitario tradicional de neurosis quedó desmembrado. (Lázaro José. 2013) (Huertas Rafael. 2010) (Sarudiansky, Mercedes (2012). Estas variadas rúbricas eran las siguientes: Distimia (o neurosis depresiva), Trastorno de conversión (o neurosis histérica, tipo conversión), Trastornos disociativos (o neurosis histérica, tipo disociativo).

Neurosis es un trastorno crónico recurrente, con manifestaciones clínicas muy diversas, sin pérdida del criterio de realidad (psicoanálisis) y no hay pérdida de la capacidad de introspección. (Díaz Mújica Belén) (Cuadro n° 1)

Henri Ellenberger definió a la psiquiatría dinámica como: "la rama de la psiquiatría que intenta explorar, movilizar y utilizar de manera terapéutica las fuerzas psíquicas inconscientes". El psiquiatra debió hacerse cargo de su posición de "observador participante" en la relación diádica con su paciente. Un componente principal de esta forma de pensar el sufrimiento mental es la des-subjetivación. (Stagnaro Juan Carlos. 2006) (Reed Geoffrey M., 2012)

### 2. Prejuicios psicoanalíticos:

Existiría en la mente del analista una idealización de su propio saber correlativo a una suerte de "horror a la novedad" extra-analítica, con justificación histórica en la necesidad de auto-preservarse y fortalecer el movimiento psicoanalítico".

Cuadro N°1

PSICONEUROSIS	
Histeria	De Conversión (Histeria)
Clasificación:	
Neurosis obsesiva	De Angustia (Fobia)
Conflicto:	Pulsión- defensa (deseo)
Complejo de Edipo:	complejo nuclear de las neurosis
Angustia:	de castración
Mecanismo principal:	la represión

(Braier Eduardo, Las neurosis revisitadas)

Estar asociado a lo que se ha denominado 'horror a la ayuda' para el que se combinan una precaria concepción de la noción de neutralidad y una pobre idea de lo que significa apoyo". (Stagnaro Juan Carlos. 2006)

### 3. Prejuicios psiquiátricos:

Según este prejuicio, los psicoanalistas no ponen a prueba sus teorías de acuerdo a la metodología considerada científica. Por ignorancia o por rechazo teórico, respecto de la emergencia de los fenómenos transferenciales y sus características temporales. (Stagnaro Juan Carlos. 2006)

### 4. Mujer

Todo acto de violencia constituye una manera coercitiva de ejercer el poder. Se utiliza para obligar a la persona a hacer alguna cosa que no quiere hacer. En nuestra sociedad, la violencia machista es, sin duda, una expresión de poder de los hombres sobre las mujeres. (León Mejía Ana, 2009) (Departamento de Salud., 2009) (Maira Vargas Gloria, 2008).

Surgió la ginecología como la ciencia médica sobre la mujer, y habiéndose establecido tempranamente una relación directa entre su aparato reproductor y su emocionalidad, se dio pie a un tratamiento despectivo hacia las mujeres, como ninfómanas, impulsivas, desequilibradas y una serie de características que denigraban su condición. (Aduco Nadia Inés, La histeria como objeto encrucijada) (Ehrenreich Barbara, 2011). Los médicos reaccionaron con una misoginia intensificada que halló expresión en la aversión moral hacia la histérica, en las teorías ginecológicas sobre su condición y la intervención quirúrgica de sus genitales, (Agirregomezkorta Ibarluzea Rosa Belén, La ablación o mutilación genital femenina) Se justifica como una práctica cultural el hecho de que las víctimas sean mujeres. (Agirregomezkorta Ibarluzea Rosa Belén). (Hofstetter Flavia, 2016) (Bernabeu-Mestre al als., 2006) (Drescher, Jack. 2016)

Ana León Mejía (2009) señala también que gran parte de la investigación feminista carece de rigor científico y está imbuida, por la ideología.

Las mujeres feministas de la disidencia han fracturado un silencio contenido con críticas que atacan contra conceptos transversales del feminismo: la sociedad patriarcal, la dominación masculina, la violencia de género, etc.) (Ehrenreich Barbara, 2011).

## Histeria y la clasificación deben ser basadas en características fenomenológicas compartidas

"Las relaciones entre trastornos disociativos, somatoformes y de conversión. La extensa superposición fenomenológica de to-

dos estos trastornos en la investigación empírica, y desde esta base se presentará un nuevo modelo para la conceptualización de estos trastornos". (North Carol S. 2015). (Kendler, Kenneth S. 2008) (Maleval J. C., 1994) (García M<sup>a</sup> J., 2006) (Reed Geoffrey M., 2012) (Kendler, Kenneth S. 2008)

El DSM-III-R describió la característica esencial de los trastornos disociativos como "alteración de las funciones normalmente integrativas de la identidad, la memoria o la conciencia", sustituyendo el comportamiento motor (una manifestación del sistema nervioso periférico), por la memoria (una manifestación del sistema nervioso central). Se observa aquí un aparente esfuerzo por diferenciar aún más los fenómenos disociativos de los trastornos somatomorfos y de conversión. (North Carol S. 2015) (Kendler, Kenneth S. 2008)

En esta conceptualización, la "disociación somatoforme" se refiere a los síntomas que implican, fenomenológicamente, las funciones físicas del cuerpo, y la "disociación psicológica" se refiere a los síntomas que implican fenomenológicamente las funciones mentales de la memoria, la identidad y la conciencia. (North Carol S. 2015) (Díaz-Benjumea, María Dolores., 2005) (Maleval J. C., 1994) Las comorbilidades psiquiátricas adicionales demostradas en asociación con estos trastornos, especialmente el trastorno límite de la personalidad, han confundido aún más los esfuerzos para categorizar estos trastornos. (North Carol S. 2015) (Maleval J. C., 1994)

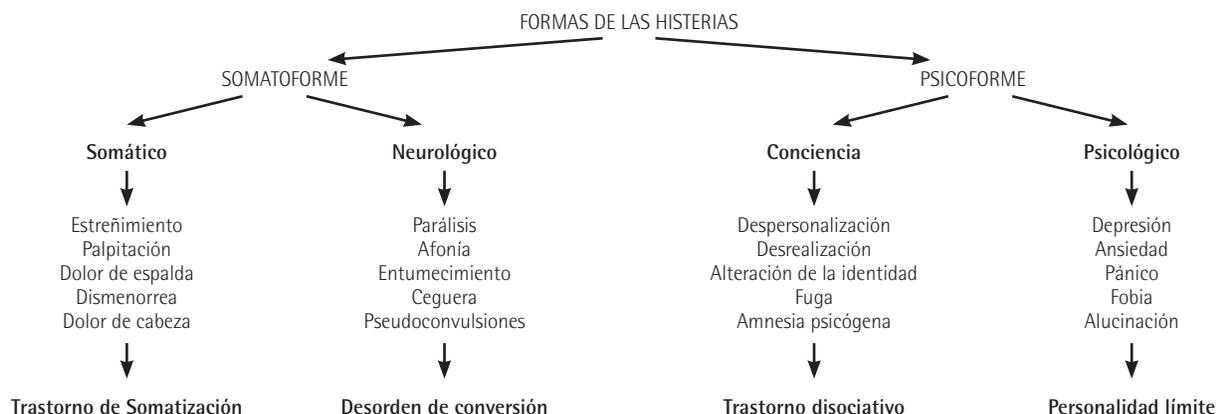
Pruebas adicionales, de similitudes entre los pacientes con estos trastornos se ha demostrado a través de pruebas psicológicas. Perfiles medios casi idénticos en pacientes con trastorno de somatización y trastorno de identidad disociativa se han encontrado utilizando la versión original del Inventario de Personalidad Multifaria de Minnesota (MMPI). (North Carol S. 2015)

Este enfoque es descriptivo y evita el término peyorativo de larga data "histeria", como el nombre para la psicopatología de estos síndromes y que también se ha utilizado para describir muchos otros diferentes. (Díaz-Benjumea, María Dolores., 2005) (Maleval J. C., 1994) (Cuadro n° 2)

## Manuales de clasificación.

El DSM IV (American Psychiatric Association. (1994) y la CIE 10 (World Health Organization (1992), difieren de los manuales de clasificación anteriores en que se centran en describir más que en interpretar los problemas clínicos. (Rodríguez-Testala, J, 2014) (Alonso Álvarez Armando. 2007). Se precian de ser neutrales, impersonales y basados en el "objetivismo científico", sin tener en cuenta que los indicadores de los trastornos psiquiátricos están ligados a un comportamiento simbólico (a diferencia

Cuadro N°2



(North Carol S. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations 2015)

de lo que sucede en otras ramas de la Medicina). (Alonso Álvarez Armando. 2007), (Kendler, Kenneth S. 2008)

### Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

En las primeras dos ediciones del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), (American Psychiatric Association (1952) y (1968) el diagnóstico de histeria fue influido por las aproximaciones de la teoría de Freud y Janet. Posteriormente, en el DSM III, las condiciones previamente categorizadas en el subtipo conversivo de la neurosis histérica del DMS II, fueron reclasificadas, como una subcategoría (trastorno conversivo) de los denominados trastornos somatomorfos, definiéndolos como aquellas enfermedades con síntomas físicos, ligados a factores psicológicos, que escapan a un control voluntario o consciente, cuya descripción sintomática se encuentra restringida arbitrariamente a síntomas de tipo sensorial o somatomorfos. La subcategoría de trastorno disociativo del DSM III, fue agrupada en una categoría aparte, por su relación con alteraciones a nivel de la función cortical superior, como por ejemplo la amnesia disociativa. (Banzato Claudio E.M. 2004) (Alonso Álvarez Armando. 2007)

El DSM IV (American Psychiatric Association. (2000), ha mantenido la clasificación propuesta en el DSM III, agregando además, los trastornos por somatización o síndrome de Briquet, en los cuáles hay síntomas de tipo predominantemente visceral, múltiples y vagos. (Banzato Claudio E.M. 2004) (Alonso Álvarez Armando. 2007) (Chiabai Claudio J. 2016)

#### A) Los trastornos disociativos se agrupan en cinco categorías:

1. Amnesia disociativa (incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática),
2. Fuga disociativa (viaje inesperado lejos de casa con amnesia posterior de lo ocurrido),
3. Trastorno disociativo de identidad (presencia de dos o más personalidades distintas que toman el control de la conducta),
4. Trastorno de despersonalización (experiencias de sentirse separado de los propios procesos mentales o corporales como observador externo) y
5. Trastorno disociativo no especificado (Síndrome de Ganser, trance, posesión, adoctrinamiento o "lavado de cabeza", por parte de otro).

#### B) Los trastornos somatomorfos se agrupan en siete categorías:

1. Trastorno de somatización o Síndrome de Briquet (presencia de muchos síntomas físicos sin explicación médica que se inicia antes de los 30 años y dura varios años),
2. Trastorno somatomorfo indiferenciado,
3. Trastorno de conversión (presencia de síntomas o déficits sensoriales o motores "que sugieren una enfermedad neurológica o médica, con factores psicológicos asociados aunque sin simulación"),
4. Trastorno por dolor (presencia de dolor crónico no explicado médicamente),

5. La Hipocondría (presencia de interpretaciones poco realistas de síntomas corporales que genera en el paciente un temor persistente a tener una enfermedad),
6. Trastorno corporal dismórfico (preocupación por un defecto imaginado o exagerado de la apariencia física) y
7. Trastorno somatomorfo no especificado.

Criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (World Health Organization (1992).

## Trastornos disociativos.

### Generalidades.

En estos trastornos hay pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. (North, Carol S. 2015) (American Psychiatric Association. (2013).

Incluye: Amnesia disociativa, Fuga disociativa, Estupor disociativo, Trastornos de trance y de posesión, Trastornos disociativos de la motilidad, Convulsiones disociativas, Anestias y pérdidas sensoriales disociativas, Trastornos disociativos (de conversión) mixtos, Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación. (World Health Organization (1992). (North Carol S. 2015) (American Psychiatric Association. (2013).

## Cuadro N°3

### Clasificación de trastornos mentales CIE 10 e "histeria"

#### F44. Trastornos disociativos (de conversión)

- F44.0 Amnesia disociativa
- F44.1 Fuga disociativa
- F44.2 Estupor disociativo
- F44.3 Trastornos de trance y posesión
- F44.4 Trastornos disociativos del movimiento
- F44.5 Convulsiones disociativas
- F44.6 Anestesia disociativa y pérdida sensorial
- F44.7 Trastornos disociativos mixtos (y de conversión)
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión), no especificado

#### F45. Trastornos somatomorfos

- F45.0 Trastorno de somatización
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado
- F45.2 Trastorno hipocondríaco
- F45.3 Disfunción autonómica somatomorfa
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos
- F45.9 Trastorno somatomorfo, no especificado

#### F48. Otros trastornos neuróticos

- F48.0 Neurastenia
- F48.1 Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad
- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados
- F48.9 Trastorno neurótico, no especificado

## Histeria o Histeria de conversión, Reacción de conversión y Psicosis histérica:

El término "*conversión*" se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos insatisfactorios originados por los problemas y conflictos, que el enfermo puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas. El comienzo y la terminación de los estados disociativos suele ser repentino y rara vez pueden ser presenciados. (World Health Organization (1992). (North Carol S. 2015) (American Psychiatric Association. (2013).

**Anotación Latinoamericana:** Este y los trastornos que siguen, son trastornos frecuentes en poblaciones poco "sofisticadas" educacionalmente, tanto en países subdesarrollados como en países altamente industrializados. Se discute si su sitio taxonómico es entre los trastornos disociativos o entre los somatomorfos. (Berganza Carlos E., 2004)

## Otros trastornos disociativos.

**Síndrome de Ganser:** Hay que codificar aquí el trastorno complejo, descrito por Ganser y caracterizado por pararespuestas, por lo general acompañadas de varios otros síntomas disociativos, y que suele presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena. (American Psychiatric Association. (2013).

**Trastorno de personalidad múltiple:** Este trastorno es raro, y no hay acuerdo sobre hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. (World Health Organization (1992). (North Carol S. 2015) (American Psychiatric Association. (2013).

## Trastornos somatomorfos

Se trata de presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. (World Health Organization (1992). (American Psychiatric Association. (2013).

El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico. En estos trastornos aparece con frecuencia un comportamiento de demanda de atención (histriónico). (North Carol S. 2015) (American Psychiatric Association. (2013).

**Trastorno de somatización:** Trastorno psicossomático múltiple, Trastorno de quejas múltiples

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes, durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. (World Health Organization (1992).

**Anotación Latinoamericana:** Este es un trastorno muy frecuente en la población latinoamericana y ha sido descrito en la literatura "occidental" particularmente en poblaciones de Puerto Rico. Estos pacientes imponen con frecuencia una carga financiera de importancia a los sistemas de salud pública. (Berganza Carlos E., 2004)

Trastorno corporal dismórfico: GLADP propone que todo paciente que se presente con un cuadro bien fundamentado de trastornos dismórfico corporal se puede relacionar con otros trastornos delirantes (delusivos), persistentes (prolongados). (Berganza Carlos E., 2004) (American Psychiatric Association. (2013).

*Disfunción vegetativa somatomorfa, por ejemplo: Colon irritable psicógeno.*

## Otros trastornos neuróticos:

**Neurastenia o Síndrome de fatiga (crónica):**

Hay presencia de quejas continuas de un molesto cansancio progresivo tras un esfuerzo mental, o quejas continuas de una molesta debilidad física y agotamiento tras esfuerzos mínimos. Se observa dos o más de los siguientes ítems: a) sensación de dolor y molestias musculares, b) mareos, c) cefaleas de tensión, d) trastornos del sueño, e) incapacidad para relajarse, f) irritabilidad o g) dispepsia. (World Health Organization (1992).

**Trastorno de despersonalización-desrealización:**

Síntomas de despersonalización tales como que el enfermo siente que sus propias sensaciones o vivencias se han desvinculado de sí mismo o Síntomas de desrealización tales como que los objetos, las personas o el entorno parecen irreales, distantes, artificiales, desvaídos, desvitalizados, etc. Persiste una adecuada conciencia de enfermedad. (World Health Organization (1992). (North Carol S. 2015) (World Health Organization (1992).

**Trastorno histriónico de la personalidad:** *Personalidad psicoinfantil e histérica. Trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad.*

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestibilidad, afectividad lábil y superficial, desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención y un deseo inapropiado de seducir, preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades. (World Health Organization (1992). (North Carol S. 2015) (American Psychiatric Association. (2013).

**Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto**

**Elaboración psicológica de síntomas somáticos: Neurosis de renta**

Presentación de un contexto médico legal, discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica, falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito, presentación de un trastorno antisocial de la personalidad. (World Health Organization (1992).

**Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno facticio): Síndrome de Münchhausen sin especificar.** "Paciente peregrinante": Trastorno en el que el enfermo finge síntomas de forma repetida y consistente, en ausencia de un trastorno, enferme-

dad o incapacidad somática o mental confirmados. La motivación de este comportamiento es casi siempre oscura y es presumiblemente íntima y la mejor interpretación de este cuadro es la de un trastorno caracterizado por conducta de enfermedad y buscadora del papel de enfermo. (World Health Organization (1992). (American Psychiatric Association. (2013).

Un resumen de los diagnósticos está el cuadro siguiente:

**Cuadro N°4**  
**Cuadro diferencial**

TRASTORNO MENTAL
<b>Psicosis histeria:</b> psicosis aguda, alucinaciones, delirios. Involuntario. Motivacionales: Ganancia primaria. TIPOS: Trastornos psicóticos agudos y transitorios, psicosis agudas no afectivas, cicloide psicosis, bouffée délirante y psicosis reactiva.
<b>Trastornos Disociativos:</b> Disrupción de funciones, conciencia, memoria, Identidad o percepción. ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Involuntario. Motivacionales: Ganancia primaria y secundaria. TIPOS: amnesia disociativa, fuga disociativa, estupor disociativo, trastorno de personalidad múltiple, T. Disociativos mixtas (y de conversión): Trastornos funcional de los síntomas de los síntomas neurológicos.
<b>3.a Trastornos somatoformes:</b> Presencia de una serie de signos y síntomas físicos en los cuales no es posible identificar una patología orgánica aparente. involuntario. Motivacionales: Ganancia primaria: busca de ayuda médica. TIPOS: trastorno de síntoma somático (SDD). T. de síntoma somático simple o complejo. T ansiedad de la salud. Trastorno ficticio.
<b>3.b. Trastorno ficticio:</b> Producción deliberada de síntomas para obtener asistencia médica. Voluntario. Motivacionales: Ganancia secundaria. TIPOS: Los pacientes pueden presentar síntomas físicos o psicológicos o mixto (pseudología fantástica). En el síndrome de Münchhausen predominan los síntomas somáticos y síndrome de inducción de la enfermedad (síndrome de Münchhausen por proxy)
<b>3.c Síndrome de Ganser:</b> psicosis aguda, oscuridad de conciencia. Involuntario. Motivacionales: evasión de castigo: Ganancia primaria. TIPOS: "Síndrome de las respuestas aproximadas". Psicosis instrumental. Orgánico o histeria. Pseudodemenia.
<b>4. Simulación:</b> La simulación no se considera competencia del psiquiatra. Voluntario. Motivacionales: Ganancia secundaria. TIPOS: Elaboración psicológica de síntomas somáticos (Neurosis de renta)

**Ganancia primaria:** centrada en equilibrio psíquico. **Ganancia secundaria:** centrada en control del ambiente. **Voluntario o consiente.**

(C. Cruz, 2017)

La tabla incluyó los trastornos pertenecientes a la antigua histeria, usando dos criterios centrales para su estudio: Voluntariedad en la génesis del cuadro, entendida ésta como el esfuerzo consciente en la producción del síntoma (como ocurre en el trastorno facticio) y la Ganancia, siendo la primera la búsqueda de restaurar un equilibrio psicológico mínimo y la secundaria, como aquella centrada en el manejo del ambiente y otras personas.

## Discusión

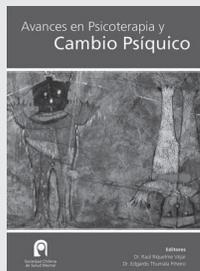
La finalidad de esta revisión es proveer una sinopsis esquemática de los diferentes cuadros clínicos, que comprenden el antiguo término Histeria en la actualidad, permitiendo así su estudio y diagnóstico, independiente de su categorización en los diferentes sistemas de clasificación internacional de enfermedades mentales. (Banzato Claudio E.M. 2004) (Alonso Álvarez Armando. 2007) (Chiabai Claudio J. 2016) (American Psychiatric Association. (2013).

## Bibliografía

1. Aduco Nadia Inés. La sexualidad femenina en la sociedad burguesa europea de fines del siglo XIX y el impacto de la obra freudiana. SEMINARIO: "Los orígenes de la psicoterapia. La histeria como objeto encrucijada. Entre la neurología y las curas milagrosas". En: [www.el-seminario.com.ar/biblioteca/Aduco\\_Sexualidad\\_femenina\\_SXIX.htm](http://www.el-seminario.com.ar/biblioteca/Aduco_Sexualidad_femenina_SXIX.htm)
2. Agirregomezkorta Ibarluzea Rosa Belén, Fuertes Cabrera Irene. La ablación o mutilación genital femenina. Guía práctica. Edición: Paz y Desarrollo ONGD. Imprenta Alba. En: [pazydesarrollo.org/pdf/guia\\_mgf\\_web.pdf](http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf)
3. Alonso Álvarez Armando. Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. *Psicología.com*. 2007; 11(1).
4. American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC:
5. American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2nd ed. Washington, DC.
6. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC
7. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC
8. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC
9. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC
10. Amoruso Lucía. Una perspectiva neurocientífica sobre la histeria. *Revista colombiana de psicología* vol. 19 n° 1 enero-junio 2010 ISSN 0121-5469 Bogotá Colombia pp. 85-95
11. Banzato Claudio E.M. Classification in Psychiatry: The Move Towards ICD-11 and DSM-V. *Curr Opin Psychiatry*. 2004;17(6).
12. Belintani Giovanni. Histeria. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 4, nº.2, 2003, pp. 56-69
13. Beer M. Dominic. The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective. *History of Psychiatry*, VII (1996), 231-255.
14. Berganza Carlos E., Villaseñor Bayardo Sergio. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Asociación Psiquiátrica de América Latina. Sección de Diagnóstico y Clasificación. América Latina, 2004. Ed. TONOCONTINUO.
15. Bernabeu-Mestre, Josep, Cid Santos, Ana Paula, Esplugues Pellicer, Josep Xavier Galiana Sánchez, María Eugenia. Una enfermedad de mujeres: medicina e ideología en el ejemplo histórico de la clorosis. En: *Symposium: Well-being as a Social Gendered Process. Session 3: Health* [Modena, Italy, June 26th-28th, 2006]
16. Braier Eduardo. Las neurosis revisitadas En el ciento cincuenta aniversario del nacimiento de Freud) en: [intercanvis.es/pdf/16/16-02.pdf](http://intercanvis.es/pdf/16/16-02.pdf)
17. Chiabai Claudio J. Sobre la ausencia de una definición de histeria. 2016. En: <http://chiabai.zarcrom.net/node/801>
18. CIE-10 (1994). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ed. Meditor, Madrid.
19. Craddock, A. B. The Diagnosis of Hysteria, *Res Medica* 1959, 1(4), pp 15-17
20. Cruz C, Toloza C, Larach V. La histeria moderna: una visión sinóptica. *Psiquiatría y Salud Mental* (2015) N° 1, XXXII: 47-53.
21. Díaz-Benjumea, María Dolores. Conceptualización y clínica de los fenómenos disociativos: una revisión detallada de las diferentes posturas [Howell, E.F., 2005] En: [aperturas.org/articulos.php?id=0000541&t=Conceptualizacion-y...de...](http://aperturas.org/articulos.php?id=0000541&t=Conceptualizacion-y...de...)
22. Departamento de Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña Primera edición: Barcelona, diciembre de 2009
23. Drescher, Jack. Gender Diagnoses and ICD-11. Published online: August 15, 2016 en: [psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/.../appi.pn.2016.8a15?](http://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/.../appi.pn.2016.8a15?)
24. Ehrenreich Barbara, English Deirdre. *Complaints & Disorders [Complaints and Disorders]: The Sexual Politics of Sickness*. The Feminist Press at CUNY; 2nd ed. edition (August 2, 2011)
25. Figueroa C, Gustavo. Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: "Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie". *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2006; 44(2): 134-146
26. Gallego Cancela, Patricia. Carácter y sexualidades contemporáneas. Una aproximación a las histerias desde la psicoterapia corporal. Trabajo Final de Grado. Octubre de 2015, Montevideo, Uruguay.
27. García M.ª J., Maroto M.ª A., Grandes S. Clasificación DSM-IV y CIE-10 de los trastornos mentales: evolución histórica. *Psiquiatría y Atención Primaria*, Diciembre 2006. Pp. 13-16.
28. Gomes, E.; Gomes, T.; Gomes, G. (2005). La importancia y los límites del uso del DSM-IV en la práctica clínica. *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul*, v. 27, no. 3, Porto Alegre, sep/dic.
29. Gómez Rivadeneira Alexander. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *M o n i t o r e s t r a t é g i c o*. Número 7 Enero-Junio 2015.
30. Hofstetter Flavia. Histeria y feminidad en el siglo XIX. En: [www.el-seminario.com.ar/biblioteca/Hofstetter\\_Histeria\\_feminidad.htm](http://www.el-seminario.com.ar/biblioteca/Hofstetter_Histeria_feminidad.htm)
31. Holguin Jorge Carlos. Historia y neurociencias: psiquiatría e investigación neurobiológica: entre la fascinación y la insatisfacción. *Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento No. 1, Vol. XXXIII, 2004. 37S-57S.*
32. Huertas Rafael. José María López Piñero y la historia de la psiquiatría. *Scripta Nova Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Vol. XIV, núm. 343 (11), 25 de noviembre de 2010
33. Kendler, Kenneth S. Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. (*Am J Psychiatry* 2005; 162:433-440)
34. Kendler, Kenneth S. Explanatory Models for Psychiatric Illness. *Am J Psychiatry* 2008; 165:695-702
35. Kendler K. S. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med*. 2009 Dec; 39(12): 1935-1941.
36. Lázaro José. Dilemas contemporáneos de la nosología psiquiátrica: El caso de las neurosis. *Rev Neuropsiquiatr* 76 (2), 2013, 85-94
37. León Mejía Ana. ¿Disidencia dentro del feminismo? *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol.67, nº 3, Septiembre-Diciembre, 559-588, 2009
38. Luque Rogelio. Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 18(3), 566-571, set. 2015
39. Maleval J. C. Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XIV, o. o 49, 1994, pp. 269-290
40. Maira Vargas Gloria, Santana Nazarit Paula, Molina Sáez Siomara. Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias. *Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual*. 2008. Andros Impresores
41. Marková IS, Berrios GE. Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology* 2009;42:343-9.
42. Marková IS, Berrios GE. Epistemology of psychiatry. *Psychopathology* 2012; 45:220-7.
43. McHug P.R. What happened to hysteria? Paris/Beaune (France): June 8-12, 1998. En: [psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/apa98/McHug.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/apa98/McHug.html)
44. Meier, Madeline H., Slutske, Wendy S., Heath, Andrew C and Martin Nicholas G. Sex Differences in the Genetic and Environmental Influences on Childhood Conduct Disorder and Adult Antisocial Behavior. *J Abnorm Psychol*. 2011 May; 120(2): 377-388.
45. Melián, Elvira M. Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* - ISSN: 1699-597X - N° 9, 2013 - pp. 434-437

46. Muñoz Sereño, Eduardo. Endemoniadas, Locas y Criminales: Representaciones y Ordenamiento Social de las mujeres desde el paradigma psiquiátrico. Chile 1852-1928. Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia. Santiago de Chile, año 2012.
47. Múzquiz Jiménez Álvaro. Configuración de la psicopatología y práctica psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (119), 575-592
48. North Carol S. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. Behav. Sci. 2015, 5, 496-517
49. OMS. Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, LA CIE-11-AP. Octubre 2011
50. Otero Ojeda Angel, Rabelo Pérez Vivian, Echazábal Campos Alina, Calzadilla Fierro Luis, Duarte Castañeda Francisco, Magriñat Fernández José M., Acosta Nodal Carlos. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2001
51. Reed Geoffrey M., Ayuso-Mateos José Luis. Hacia una clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2011;4(3):113---116.
52. Reed Geoffrey M., Anaya Celia. Evans Spencer C. ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? Int J Clin Health Psychol 2012, Vol. 12, N° 3, pp. 461-473
53. Rivas Rodríguez M, Reed GM, First MB, Ayuso-Mateos JL. Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(2):130-7.
54. Rodríguez Peláez. D. La cárcel en nuestro propio cuerpo: Los trastornos alimentarios y la "histeria" como elementos de transgresión y vehículo para expresar la subjetividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII y XIX. Trastornos de la Conducta Alimentaria 6 (2007) 678-695
55. Rodríguez-Testala, Juan Francisco, Senín-Calderón Cristina, Perona-Garcelán Salvador. From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 14, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 221-231
56. Sarudiansky, Mercedes (2012). Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
57. Surís Alina, Holliday Ryan and North Carol S. The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. Behav. Sci. 2016, 6(1), 5
58. Stagnaro Juan Carlos. Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVIII- N° 1 - 2006: 187-203
59. Uribe Restrepo, Miguel. Modelos conceptuales en medicina psicosomática. Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento, vol. XXXV / 2006. 75-205
60. Villari, Rafael Andrés. É possível uma história da histeria? Revista de Ciências Humanas, Florianópolis: EDUFSC, n.29, p.131-145, abr. de 2001
61. World Health Organization (1949). International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 6th revision. Ginebra: Autor.
62. World Health Organization (1967). International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 8th revision. Ginebra: Autor.
63. World Health Organization (1979). International classification of diseases, injuries and causes of death, 9th rev. Ginebra: Autor
64. World Health Organization (1992). International classification of diseases and related Health problems, 10th revision. Ginebra: Autor.

## "AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO"



Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas.

Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente, ambos han ejercido como psicoterapeutas. El Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.

Número de páginas: 464