

### HISTERIA: ENFOQUE PSICOANALITICO, REVISIONES Y PROBLEMAS DIAGNOSTICOS

\* Miguel Antonio Fiallo Chamah  
\*\* José Acra Mues

Todas las enfermedades mentales son simbólicas...

Toda tendencia superficialista que no conozca el lenguaje de los símbolos, que se apegue tras el parangón de un inadecuado objetivismo y no sondee la profunda génesis de las enfermedades; no pasará de ser una técnica terapéutica

\* Médico Interno, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

\*\* Profesor de Psiquiatría Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y Psiquiatra, Centro Médico Nacional, Santo Domingo.

más sin aspiraciones conceptuales, pues, podrá pelar la cáscara de la fruta, pero jamás probar su sabrosa pulpa.

Por ello, es el psicoanálisis, el que por ser más que una terapia; todo un movimiento filosófico, el llamado a diseccionar implacablemente la génesis del proceso histérico.

Ya que el ortodoxismo psicoanalítico subdivide la histeria en más de siete tipos diferentes, cuando hablemos de "histeria", nos referiremos básicamente a la crisis histérica ó "histeria convulsiva" (Charcot) y a las reacciones de conversión.

No podríamos hacer un buen enfoque científico si no

tratamos algo de la personalidad pre-mórbida ó pre-psicótica de la histeria.

### PERSONALIDAD HISTERICA

"The Current Psychiatric Hand Book" define una trilogía de la personalidad histérica: "Teatralidad, labilidad emocional e irresponsabilidad". No obstante, una cualidad que allí no figura y nos parece que proporcionaría el broche de oro diagnóstico es la Simulación.

"Este tipo de personalidad se encuentra mejor definido en mujeres. Se reconoce rasgos de vanidad, autosatisfacción, actitudes egocéntricas, asociadas a comportamiento histriónico, dramatización y exhibicionismo; a veces junto con mentiras, exageraciones y comportamiento teatral con finalidad de volverse el centro de la atención".

"Desde el punto de vista afectivo, la personalidad histérica es lábil, emocionalmente caprichosa y con tendencia a las explosiones emocionales. A veces la respuesta afectiva parece ser superficial ó fraudulenta, como si el individuo montara un espectáculo de su falta de afectividad. La conducta sexual de las mujeres incluye provocación, coquetería y erotización de las relaciones no sexuales".

"Hay razones para considerar que muchas mujeres de este tipo se malacostumbraron durante sus primeros años debido a una protección excesiva". (Noyes).

Análisis: El último párrafo de la cita de Noyes es clave. Hemos conocido un sinnúmero de mujeres que se encuadrarían en este tipo de personalidad, y en ellas, la condición sine qua non ha sido el Infantilismo. Es algo extremadamente evidente, así como notorio el hallazgo de una sobreprotección excesiva en la infancia, protección que a veces se prolonga hasta la etapa actual del paciente.

La excesiva afectividad (principalmente paterna; principio moral) produce un "shock", si pudiéramos llamarle así, en el desarrollo psicosexual del individuo. Es algo como una sobresaturación de los "receptores afectivos" que impide el libre flujo de afectividad del ego y hacia el ego (tomando el ego como principio consciente, racional y actuante de la persona); ésto produce cierto condicionamiento unidireccional (centrípeto, hacia el ego) en la corriente afectiva, que se evidencia por un exceso o avidez desmesurada de recibir afecto, un deseo coercitivo, impulsivo e irracional.

La sobreprotección produce una fijación sexual de la mujer, así como por la falta de mandatos morales y prohibiciones desarrolla un superego débil y mal estructurado. Se dice que alrededor de los 5 años el superego debe estar más o menos bien constituido, pues bien, es alrededor de esa etapa finalfálica donde se produce la detención.

Al llegar aquí, no debemos continuar sin hacer alusión al hecho psicoanalítico denominado "envidia del pene".

No abundaremos sobre el ortodoxo "complejo de castración", pero sí haremos notar que el deseo de tener un pene y la envidia al ver a otros niños con éste, se transfiere al hecho de poseerlo o albergarlo, de ahí una sobreestimación clitorica (masturbación) y una supuesta hipersexualidad.

La hipersexualidad de la personalidad histérica no es tal. Su pobreza de afectividad, produce en sus relaciones una

respuesta inadecuada al estímulo proporcionado.

A nuestro parecer, la histérica tendría cierta autonomía de los principios afectivos. Es decir, la corriente paulatina y normal que une los afectos opuestos se destruye o desaparece, de suerte que, las dos esferas de emociones antagónicas entran en estrecho contacto, tangencialmente, pudiendo discurrir el ego de una a otra caóticamente provocando, las más de las veces, reacciones desproporcionadas al estímulo provocado.

### FOLKLORE Y HERENCIA: LA CRISIS HISTERICA

Nos cuestionamos ¿Es el fenómeno histérico una exacerbación de los rasgos mencionados en la personalidad premórbida? ¿Es la personalidad histérica, una condición indispensable de la patología?

En nuestra Introducción catalogamos la histeria como una enfermedad casi folklórica...¿Hasta que punto la histeria, enfermedad que consideramos auténticamente primitiva, está arraigada en el inconsciente de nuestro pueblo?

Carl Gustav Jung nos habla de la existencia de un Inconsciente Colectivo, estrato ultraprofundo donde yacen los conceptos y experiencias de nuestros ancestros, los cuales han dejado un sedimento que al discurrir del tiempo se irían heredando subsecuentemente. No se hereda el concepto o la experiencia como tal, pero sí una especie de disposición inconsciente al proceso empírico pronto a realizar. Así, nacemos con una visualización o predisposición a la experiencia de lo materno, la vida, la muerte, etc., los cuales Jung agrupa en lo que él llama "Arquetipos".

Ignace Lepp nos dice que no sólo existe un Inconsciente Colectivo Universal, como cita Jung, sino un Inconsciente Colectivo Nacional, e incluso "Familiar".

Hay pueblos que en su turbulenta historia, han tenido fenómenos y esquemas históricos repetivos. Dicho comportamiento se almacenaría en lo profundo de los inconscientes de las generaciones. Así, cada una de las unidades del todo "heredarían" dicho esquema conductual, y bajo ciertas situaciones externas reaccionarían poniendo en juego sus sedimentos ocultos; así como las turbulencias marítimas levantan las arenas y residuos de su fondo.

Es difícilmente mensurable cuantas generaciones necesitaría un pueblo para formar ciertos arquetipos nacionales. Lo que sí nosotros suponemos es, que irían en relación directa a la intensidad y la trascendencia que representó el hecho o la conducta asumida, para el destino de ese pueblo.

Es conocido por todos, que en la época de la Colonia en nuestro país, la llegada de los negros esclavos africanos, con sus potentes tradiciones, costumbres y religiones, representó un hecho trascendental en el discurrir y evolución de nuestras costumbres.

Dentro de los ritos traídos de Africa, el núcleo central de las ceremonias era el fenómeno de la "posesión". En ella el sacrificado ofrendía el albergue de su cuerpo a ciertos espíritus regionales que disfrutaban de ciertos gozos terrenales como el alcohol y la sexualidad, por medio del nuevo cuerpo que adquiriría. La posesión se acompañaba de violentas contorsiones, gritos, aullidos, muecas y a veces, cierto matiz placentero en la expresión; evidentes erotiza-

ciones que evidenciaba la presencia del espíritu en el cuerpo del magnánimamente ofrendado. Luego del trance, el "montado" caía en una especie de sopor, en el cual era cuidado y protegido por los familiares.

Rápidamente este tipo de rito "voodú" y otras variantes se fue inculcando en nuestros moradores, que paulatinamente, al pasar de los años, el hecho de "montarse" ocurría a veces sin el ritual precedente, por iniciativa del "espíritu" o quizás por "debilidad" del "huésped".

Podríamos afirmar, sin temor a equivocarnos, que dichas costumbres y ritos surgieron como una necesidad inconsciente del hombre negro y más tarde del dominicano ("¿folie imposée"?), de establecer contacto y apoyo con algo "superior", que le asistiera a soportar las inclemencias y dolores físicos y morales que le eran infringidos.

El ataque histérico presenta increíbles similitudes con esta "posesión demoníaca". Desde su fuerte carga erótica, hasta su evidente contenido moral-religioso.

Parecería como si en el dominicano prevaleciera este patrón conductual. Como una reacción de resultados comprobados en su pasado genético.

La crisis histérica en el dominicano, como lo fue (o lo es) para el negro, es un caótico volcán afectivo en un mar de esperanzas y apatía. La apatía y abulia preexistentes fueron las que favorecieron la absorción de los mecanismos de defensas foráneos, en este caso la posesión histérica.

Siendo así, no sólo la crisis histérica es patrimonio de la personalidad histérica, sino un mecanismo primitivo de responder a situaciones alarmantes. Primitivo, por el manierismo, lo ideativo y sobretodo lo eminentemente simbólico de los ataques convulsivos.

Recordemos que los símbolos fueron los precursores de los conceptos abstractos más primitivos. "El hombre antes de razonar, percibía e ideaba que razonaba" (Jung).

Sustentando este hipótesis, veríamos la personalidad histérica como conatos de histerismo, disgregados como complejos autónomos. La energía de la angustia provocada por la falta de afectividad se dispersaría y se exteriorizaría como pequeñas explosiones de afectividad mal estructurada. No obstante, en momento dado, esos complejos autónomos, se unirían por un común denominador que podría ser la sexualidad y estallarían en lo que sería la crisis histérica.

El psicoanálisis podría tener razón en cuanto a la naturaleza sexual de la histeria, pero más que un sexo de "Edipos y castraciones", una sexualidad más colectiva, aún más trascendental y simbólica, una sexualidad que remembaría los más antiguos principios del Hombre, ¿y por qué no?, más allá de su escala filogenética.

Aunque en los casos de histeria presenciados por nosotros no hemos visto la clásica histeria "pasional" y alucinativa freudiana, persiste sí, esa pérdida de la razón y de la memoria, ese delirio magno que efectivamente recuerda la voráGINE orgásmica. Existe demasiado similitud en estos dos procesos para que le restemos cierta relación. En eso estamos con el psicoanálisis, así como también en el hecho de que la crisis histérica sería la expresión de una fantasía erótica. (Como lo es el caso, que por desgracia no nos fue posible investigar a fondo, de una doméstica que se le desencadenaba el ataque histérico cuando veía en la T.V.

el momento de los besos apasionados de cierta telenovela; es decir, completaba el acto erótico y lo llevaba a la consecución del coito).

No podemos descartar las crisis histérica como "ganancia psíquica secundaria", donde sí se evidenciaría cierto condicionamiento, así como también desencadenada en un momento en que las defensas amenacen caer, y se haga temible y peligrosa una realidad insostenible. Quizás en éste último hecho radica la raíz histórica de esta apasionante patología.

## ENFOQUE HACIA EL PACIENTE HISTÉRICO

Aunque en la primera parte enfocamos ciertos aspectos psicodinámicos de la histeria, hay ciertos aspectos que ayudarían a comprender mejor el enfermo.

Nos parece que en vez de mencionar ciertos hallazgos etiopatogénicos de la enfermedad y "etiquetarla" como erróneamente solemos hacer con todo caso clínico que estudiamos, tiene más valor enjuiciar ciertas características del "enfermo histérico", más que la "enfermedad".

El porqué de nuestra manera de pensar lo encontramos en los acertados postulados de Laing.

Ronald Laing, psiquiatra y uno de los padres de la Anti-psiquiatría, tendencia liberalista que floreció en el Kinley Hall de Inglaterra; ha sido vituperado y criticado por sus enfoques superrealistas y casi "místicos". Hace hincapié en tratar el paciente como humano, como sujeto, en lugar de clasificarlo y encasillarlo dentro de la categoría de una enfermedad preexistente.

Por desgracia, el individuo "estable" es aquel que tiene alta capacidad de ajuste a un ambiente como el de hoy en día... "inestable".

"Lo real" es lo objetivo, lo palpable...lo medible. Procesos interiores como la fantasía, la imaginación ó la constante meditación, son "cosas de locos". De ahí que ciertos psiquiatras traten las enfermedades y no los enfermos. El teme la identificación con el paciente, teme ver la realidad desde los ojos del enfermo; porque todo hombre que sea capaz de penetrar profundamente y con conciencia en su mundo interior, es un lunático en vías del "manicomio", porque sus experiencias no son compatibles con las experiencias aberrantes de la sociedad alienante existente.

"Hay mucha gente que cree que ser científico radica en traducir los acontecimientos "subjetivos" en "objetivos". Tener conocimientos válidos para sólo un sector escogido de la realidad" (Laing).

En "The politics of Experience" Laing postula: "El enfermo mental se convierte en la "enfermedad mental", se le quita su personalidad, se le rotula, ya no elige su tiempo ni su espacio, casi se le anula como ciudadano, y la sociedad no lo considera integrado a ella hasta que su nuevo rótulo reze: "READAPTADO".

Por ello nos sentimos más honrados con nosotros mismos si hablamos mejor de "el paciente histérico".

## EL PACIENTE HISTÉRICO — (CLINICA)

En nuestras anteriores líneas resumimos la posible etiopatogenia del enfermo, las fuerzas que a nuestro ver inci-

dían en éste, para la realización del fenómeno histérico y los factores psicodinámicos que podrían relacionarse.

Desde el punto de vista clínico podemos decir que la Angustia oculta o clínicamente manifiesta es el factor inmediato en las crisis histéricas. El hecho de que esa angustia se "convierta", somatizándose a elementos somáticos (parálisis, parestesias) regionales, nos canaliza hacia una histeria de conversión (zonal), si por el contrario, esa conversión se "convierte", pero de una manera más "dispersa", ya sea por incapacidad de circunscribirse a una región, ó porque la naturaleza del afecto traumático no lo amerite (lo cual sería la razón más lógica), le llamaremos "crisis histérica".

Esa es la concepción que sostenemos, no obstante, al parecer, los textos que hemos consultado hablan indiferentemente de la crisis histérica y de las conversiones que hemos llamado "zonales o regionales", como "Reacción de Conversión" (Kaplan), y con mucha razón pues en ambas el afecto "se convierte" somatizándose, pero nos parece que en el tipo "regional" la conversión es más dirigida, y el paciente luce con cierto control de su situación; en cambio en la "generalizada" crisis histérica, los complejos inconscientes actúan con cierto automatismo o por lo menos no tan controlados como en la primera.

No pasa así en cuanto a ciertas características invariables del histérico como la sugestionabilidad: "El paciente es sumamente sugestionable; y sus síntomas pueden cambiar de acuerdo a la moda del período en que viven...es frecuente encontrar que el paciente imite acciones y defectos físicos que ha visto en otros o leído. Sin un paciente predisposto se encuentra ante una situación difícil y desagradable y observa a otra persona que logra escapar de una situación similar, puede desarrollar los mismos síntomas de esa persona como un medio de escape" (Noyes).

Esto último es muy importante pues confirmaría lo que anteriormente enunciamos, en cuanto a la raíz colectiva de la histeria en el dominicano y su absorción del mecanismo de defensa del esclavo africano.

"El histérico se oculta a sí mismo la naturaleza de su enfermedad y efectivamente su consciente la desconoce" (Ziegler).

Transcribimos este párrafo pues nos sirve para comentar un hallazgo conductal esporádico que hemos encontrado en algunas histéricas, y que consideramos importante: Ziegler dice que "el histérico se oculta a sí mismo la naturaleza de su enfermedad...", pero nos parece que ciertos histéricos sienten una necesidad imperiosa de compensar ese negativismo dando a entender muy, pero muy sutilmente lo ficticio de su complejo sintomático, NO ocultándolo a nosotros.

Este tipo de paciente histérico no acostumbra a simular al médico la naturaleza de su enfermedad, y diferente a lo que dice Noyes de que el histérico "recibe con gusto y asigna un lugar importante a cualquier base física que pueda explicar el síntoma", estos pacientes al nosotros mencionarles la posible etiología física de cualquier dolencia, la niega rotundamente, y no la sustituye por su propia concepción, pues no la posee, sino que por medio de ciertas frases, gestos o "risitas", nos lleva a la real etiología eminentemente psíquica de su sintomatología.

No negamos cierta timidez al enunciar lo anterior, pues es una conducta hallada en unos pocos pacientes, pero dado al hecho de ser repetitivo, no podíamos ignorarla. (Nuestras pacientes de nuestros casos No.III y No.VI, exhibieron dicha conducta en el curso del interrogatorio, pero preferimos incluir este comentario aquí a propósito de la frase de Ziegler).

No queremos ser mal interpretados. La simulación es un parámetro esencialísimo en el paciente histérico, sólo queremos dejar entrever que quizás esa simulación tenga distintas variantes y formas de evidenciarse.

Por último, un fenómeno asociado a la conducta del histérico ante su enfermedad es lo que Janet y otros escritores franceses del siglo pasado han llamado la "belle indifference". El paciente luce ajeno, "inconsciente" de su propia dolencia, y en sí indiferente a ella. Podríamos agregar que muestra cierta placidez y una lucidez y tranquilidad inapropiada con su estado. De allí que este signo se asocie al llamado "Afecto inadecuado" y al "Afecto inapropiado". En el primero la reacción del enfermo es vacía e indiferente al estímulo; en el segundo el afecto exhibido es contrario y más evidente en pacientes esquizofrénicos que en histéricos.

Otros aspectos clínicos del paciente lo trataremos a continuación, donde abordaremos el tema de las dificultades diagnósticas con que se encontraría el médico práctico en el reconocimiento de esta patología.

## PROBLEMAS DIAGNOSTICOS

Nuestro paciente de estudio, al ser llamado El Gran Simulador, paga caro su conducta al ser más diagnóstico... desde Sífilis hasta trombosis cerebrales, pasando por las enfermedades mentales más comunes.

Nos parece que es mejor separar la clínica diferencial, en los signos y síntomas más importantes compatibles con otras enfermedades.

Analícemos:

- 1)– La simulación.
- 2)– Las convulsiones.
- 3)– Las parálisis, parestias y anestias.
- 4)– Otras alteraciones sensoriales.
- 5)– Las alucinaciones.

La Simulación: Es obvio la naturaleza inconsciente de la simulación histérica. Las discrepancias, las contradicciones y las exageraciones son más frecuentes en el simulador, consciente, por otra parte este simulador habitualmente expresa una gran preocupación por sus síntomas, a diferencia de la indiferencia histérica. No obstante como dijimos al principio, la diferencia radica esencialmente en "el grado relativo en el cual la consciencia participa en la reacción" (Noyes).

Freedman y Kaplan mencionan "La inconsistencia de sus historias repetidas a diferentes personas. El paciente conscientemente simula la enfermedad con hallazgos clínicos y físicos exageradamente específicos, lo cual es raro en la conducta del paciente histérico".

Fenómenos Convulsivos: La dificultad diagnóstica radica

esencialmente con la epilepsia.

Subrayamos la necesidad de ahondar siempre en la historia clínica antes de abordar las manifestaciones físicas. Debemos buscar en el histérico la mayoría de las veces esa ganancia psíquica del ataque que no encontramos en el epiléptico. "Ningún ataque epiléptico tiene motivos y ningún acto motivado es epiléptico" (Noyes).

Esta afirmación de Noyes iría en contra de la "Epilepsia Afectiva" descrita por Freud en "Dostoievski y el parricidio" ("Psicoanálisis del Arte", Alianza Editorial, pág. 218 y sgs.). Freud trata de demostrar como la epilepsia del genial escritor ruso se debía a un equivalente de "autocastigo", (crisis como sinónimo de muerte) pues en los años de prisión en Siberia, Dostoievski no sufrió ningún ataque, pues la prisión le servía de sustituto de castigo.

Continuando nuestro diagnóstico diferencial tenemos que la caída antes del ataque epiléptico tiene lugar en cualquier parte, a veces el enfermo lesionándose gravemente, en cambio, en el paciente histérico este "sabiamente" cae en los brazos del vecino, en un acolchado sofá, y si no hay nadie cerca alrededor ni ningún mueble amortiguador, se las ingeniará para buscar la manera de llamar la atención antes de caer.

Los típicos movimientos tónico-clónicos más o menos regulares, no existe en el histérico, en el cual son arrítmicos, desorganizados, salvajes y sin un patrón de movimiento corporal. El paciente luce fuera de control, su ropa aparece raída... "y éste rara vez se hiere o muere la lengua" (Freedman y Kaplan).

Nos ha sorprendido en grado sumo la afirmación de Freedman y Kaplan y de Noyes (Textbook of Psychiatry" y "Psiquiatría Clínica Moderna" respectivamente), en cuanto a incluir la mordedura de lengua y la incontinencia urinaria en el diferencial con la epilepsia, restándole valor a estos signos en la histeria.

Transcribimos las palabras de Freud en su "Ensayo sobre la vida sexual y la teoría de las Neurosis" (Cap. "Generalidades del ataque histérico, Alianza Editorial, pág. 65 y sgs.): "La incontinencia urinaria en el momento del ataque histérico no es inconciliable con el diagnóstico de una histeria, pues no hace sino repetir la forma infantil de la polución".

"...no es tampoco raro encontrar en casos indudables de histeria mordeduras de lengua. Este acto, tan compatible con la histeria como en los juegos eróticos, surge sobre todo en los ataques cuando el médico ha llamado la atención al enfermo sobre las dificultades del diagnóstico diferencial".

Las afirmaciones de Freedman y Kaplan de que "rara vez el histérico se hiere a sí mismo" (pág. 879 — "Conversión Reaction", del texto ya aludido), Freud la había descartado a continuación del párrafo citado anteriormente: "...Por último, a aquellos ataques en que el enfermo atenta contra su propia integridad personal (a veces frecuentes en sujetos masculinos), son los que reproducen un accidente de la vida infantil del sujeto (por ejemplo, el resultado de una pelea)". Nosotros pudiéramos añadir; "...y en mujeres, como fantasías de violación".

Más adelante en nuestra casuística expondremos un caso innegable de auto agresión en una crisis histérica.

Suponemos que la desvalorización de estos hechos por estos nóbeles psiquiatras se debe al continuo desligamiento de lo sexual y la histeria, que se propala hoy en día. El aceptar estos hechos y relaciones sería admitir también ciertas asociaciones de las neurosis con la vida sexual infantil, por lo menos en la intensidad que Freud la concebía...

Las Parálisis, Paresias y Anestias: Las parálisis y Paresias pueden tomar formas de hemiplejías o paraplejias o monoplejias. Generalmente son parálisis flácidas, pero pueden haber ciertas contracturas de los músculos antagonistas. Los reflejos profundos no se pierden en las formas flácidas, y si hay cierta espasticidad, pueden estar algo exaltados, pero sin clonus ni Babinsky. En la hemiplejia histérica la parálisis de los músculos proximales es mayor que la de los distales, contrario a la hemiplejia por daño del sistema nervioso central en que ocurre lo contrario.

En el histérico el antebrazo está extendido, no ligeramente flexionado como en la hemiplejía orgánica. En cuanto a las piernas, el histérico la arrastra, el orgánico la mece en circundición.

Cuando se le pide al enfermo que intente ejercitar la función paralizada, ésta exhibe manifestaciones de esfuerzo excesivo.

La línea de demarcación de las parálisis, así como de las anestias es perfecta y exageradamente delineada. Corresponde a la representación simbólica que el paciente otorga al miembro afecto. Es típica por ello, la anestesia en "guante" o "calcetín". Las anestias pueden extenderse por repetidos exámenes físicos y/o variar sensiblemente, lo que nos daría el diagnóstico.

Otras alteraciones sensoriales: Ya que la mayoría de las histerias ocurren por conflictos traumáticos en los que el medio ambiente, o más bien "lo externo" ha participado de una manera u otra, es lógico pensar que los canales de percepción del medio ambiente (los sentidos), deban afectarse con frecuencia.

Ceguera, sordera y cierto grado de afonía o mutismo son comunes. En el primer caso puede ser pérdida total, parcial, borramiento esporádico, o mera disminución del campo visual.

La sordera puede ser uni o bilateral, que puede responder o nó a ciertos estímulos. Así también el mutismo o afonía ocurre pudiendo el paciente toser, secretear o reír, lo que nos dará ciertas pautas para el diagnóstico.

Obviamente la alteración sensorial se relaciona íntimamente con el trauma (el paciente generalmente ha visto, oído o hablado algo con gran carga afectiva).

En general las alteraciones del sensorio pueden confundirse con las manifestaciones más tempranas de los accidentes cerebro-vasculares, tumores intracerebrales y demás enfermedades del SNC.

Alucinaciones: La enfermedad que más se presta a confusiones con el ataque histérico con presencia de alucinaciones es la Esquizofrenia. Hoy en día, al menos en nuestro país, no son muy comunes esas alucinaciones freudianas histéricas, repleta de pasiones y erotismo propias de las represiones de la Era Victoriana.

La histeria se inicia habitualmente en forma repentina, generalmente por motivos psicológicos (los antecedentes

son de gran ayuda diagnóstica). La disociación histérica no sólo es más repentina sino más paroxística e influida por las personas circundantes. El aislamiento esquizofrénico del medio ambiente contrarresta el deseo histérico de llamar la atención. El histérico, en sus representaciones utiliza símbolos convencionales e inteligibles; el esquizofrénico usa símbolos arcaicos e individuales (Kaplan de quien se está tomando estos párrafos, habla de símbolos "individuales", más nosotros diríamos que existe cierta cohesión en los simbolismos de los esquizofrénicos, como si lo extrayeran de una fuente común...de un inconsciente colectivo; estrato pletórico de imágenes arquetípicas arcaicas e incomprensibles para el razonamiento consciente.

Las alucinaciones esquizofrénicas son generalmente auditivas, primitivas y de contenido vago e incoherente. Las alucinaciones histéricas son generalmente visuales, floridas, dramáticas, repetitivas y estereotipadas.

En general el afecto esquizofrénico es lento y escaso; en el histérico el afecto nos luce maleable, cambiante, paroxístico e inadecuado. Su aparente ausencia o insuficiencia puede ser modificada por el terapeuta en poco tiempo no así en la Esquizofrenia.

La neurosis histérica existe en nuestro país...y se le debe instruir al médico principalmente del área rural, en cuánto al diagnóstico y manejo de esta enfermedad (?), que no es más que una reacción aberrante condicionada por largos años de fructífera efectividad. Decimos al médico rural porque, ya que la histeria es una enfermedad primitiva, es lógico encontrarla en los estratos sociales más bajos y olvidados, donde los mecanismos de defensa simbólicos e ideativos son más utilizados, y el ego no nutrido por el intelecto y el razonamiento no tiene el suficiente desarrollo para obliterar o transformar (no "convertir") esas imágenes repetitivas.

El campesino, los lugareños y las clases en las que el desarrollo evolutivo ha incidido menos, son individuos en los que, en términos jungianos, las funciones fundamentales de la experiencia son eminentemente irracionales (intuitivos y perceptivos), que es donde el fenómeno histérico succiona sus elementos figurativos.

Es de rigor una instrucción sostenida a nivel de nuestros campos teniendo como parámetros cierto descondicionamiento paulatino, un incremento de las funciones del razonamiento y una orientación a nivel de núcleos familiares, forjadores de situaciones traumáticas, que más tarde tristemente se evidencian como la aparición de una enfermedad histérica.

## ANÁLISIS DE 10 CASOS CLÍNICOS DE HISTERIA

Toda tesis o trabajo científico, necesita en mayor o menor grado del apoyo de una casuística.

Cuando comenzamos a vislumbrar el tema de nuestro trabajo, nos planteábamos la disyuntiva de presentar decenas de casos de histeria y hacer una tesis típica, tradicional y ortodoxa, donde los por cientos y los hallazgos estadísticos primaran a lo largo del enfoque, o por otro lado, un estudio eminentemente analítico y profundo, dirigido al individuo, evitando disgregar nuestras afirmaciones y estudios a la incidencia de la enfermedad, distribución geográfica,

etc., y disecar mejor una sola de las células del tejido tumoral, lo cual es un paso más temprano y anterior que conocer la índole de sus metástasis.

Un trabajo de la índole que nos propusimos no se podía realizar con un gran monto de casos, pues pecaríamos de superficialistas y anticientíficos.

Hemos escogido 10 casos, los cuales contienen un escueto pero conciso análisis dinámico y en los que nos fue posible, unas cortas conclusiones.

No es ésta la más importante parte de nuestro trabajo, ni por otro lado ha sido hecha para llenar un requisito. Debe ser tomado como algo complementario a las páginas anteriores. Algo representativo de la enfermedad. Tómense estos casos como las láminas de un libro, que no llevan el total contenido, pero impregnan al texto de significado (en este caso, valor científico), y contiene esquemas de una exposición.

Hacer una casuística del enfermo histérico no es fácil. No por la frecuencia de la enfermedad, pues en términos criollos es "el arroz blanco de las Emergencias"; sino porque amerita todo el tiempo y dedicación posible, en alguien que a la vez recibe docencia médica, debiendo estar en todo momento en las Emergencias de los hospitales, pues el enfermo histérico NO se ingresa, la más de las veces. Casi nunca encontramos récords de histéricos. El histérico llega a la Emergencia, se le toman datos personales escuetísimos y más bien burocráticos, se le administra un tranquilizante menor, y se despacha con una hoja de referimiento a Psiquiatría, cuando llega días luego a la consulta externa (si llega) ya el cuadro ha desaparecido o está muy enmascarado. Muy difícilmente el médico de Emergencia se sienta a dedicarle 5 minutos al enfermo. Cinco minutos que pueden representar tanto...

Por otro lado, no podemos dejar de constatar ciertas peculiaridades del histérico en nuestras Emergencias, que de una manera u otra le podría restar algo de fidelidad científica que sería la meta de nuestro trabajo.

El paciente histérico la mayoría de las veces es llevado por "vecinos", lo que hace que partes tan importantes de una historia clínica como la historia personal y familiar del paciente, sea suministrada por el propio paciente ya recuperado, el cual en realidad no está en condiciones de aportar ciertos datos en que su ego se halla de una manera u otra involucrado, so peligro de falsear (como de hecho lo hace a menudo) su propia imagen y de los que lo rodean.

Hemos evitado incluir estos tipos de casos en nuestra tesis a excepción de algunos casos cuya clínica hemos encontrado tan significativa que valía la pena su inclusión.

Hemos dicho que al final de cada caso exponemos unas cortas conclusiones específicas para cada caso. En la parte final del trabajo incluimos nuestras conclusiones finales y generales para todo el estudio, el cual por su naturaleza hemos catalogado de tendencia psicoanalítica, y enfocado hacia el individuo como unidad antropológica y como entidad dinámica.

A continuación nuestro complemento casuístico:

Caso I  
Nombre: G. A.  
Edad: 7 años  
Hospital: RRC  
Fecha: 18-4-78.

Síntomas de presentación: Paciente femenina de 7 años que llega a Emergencia del HRRC por presentar:

- 1)– Convulsiones.
- 2)– Sialorrea.

Enfermedad actual: La madre refiere que en la noche del día 17 está moribunda una señora mayor, vecina de la casa. La niña, quien duerme en la misma habitación que sus padres, se acuesta con algo de miedo, preguntando a menudo por la señora que fallece, y algo excitada logra el sueño, oyendo los lamentos de los familiares de la señora en la casa cercana.

Tres horas más tarde, a la una de la madrugada, los padres oyen a la niña gritar y se levantan. La niña es presa de una "crisis nerviosa" y en los brazos de la madre empieza a convulsionar.

Alrededor de esa hora es llevada al HRRC. En el camino cesan las convulsiones para volver a presentarse en la Emergencia del Hospital. Allí le administran 1 amp. Diazepán, cesando las convulsiones y cayendo en un profundo sueño. La madre refirió que es la primera vez que le ocurría esto.

Según los médicos que la admitieron en Emergencia, las convulsiones eran tónico-clónicas, más pronunciadas en el lado izquierdo (flexión de brazos y piernas izquierdas, giro de cabeza y globos oculares hacia el mismo lado), acompañadas de sialorrea.

Horas más tarde, cuestionando a la niña y a la madre, la paciente no recuerda nada de los hechos, sólo que se acostó con mucho miedo. La madre refiere que a menudo se acuesta con mucho miedo "a los muertos".

La niña fue ingresada en un inicio bajo el diagnóstico de epilepsia, no obstante al oír bien su historia clínica y los hechos desencadenantes, el consenso general fue que era una "Crisis histérica" y este diagnóstico predominó en la hoja de Evolución.

Examen físico: Fondo de ojo y reflejos negativos. TA = 80/50 Pulso = 100/min.

Historia Familiar: G. es la menor de 5 hermanas las cuales la madre refiere que son muy unidas. Habla de su hogar como un hogar "bastante estable", ya que su esposo sale poco de noche y permanece siempre junto a su familia. No se refiere presencia de enfermedades conocidas por nosotros como hereditarias.

Historia Personal: La paciente al ser la menor de las hijas, es muy dependiente y "ñoña", lo que la hace una niña algo retraída y tímida, de pocas amiguitas. Recién entró a la escuela, y poco a poco aprende a leer. Su desarrollo psicomotor ha sido dentro de los parámetros normales. Sufrió de Sarampión a los 3 años y "Cole-rín" a los 5.

Análisis: Es lamentable que en la práctica médica los diagnósticos se descartan con tanta facilidad (en este caso el de "epilepsia"). En ningún momento de la Historia se descargaría la crisis epiléptica. Tenemos entendido que ciertos ataques epilépticos mayormente focales, pueden ser desencadenados por estados de extremos stress y ansiedad.

En este caso es nuestra opinión que estaríamos frente a un caso de epilepsia focal, que se ha manifestado como una crisis lateralizada, que más tarde se generalizó, como a veces sucede. Este dato fue confirmado más tarde en el EEG.

La causa de la epilepsia, por la edad de la paciente, pensaríamos desde una "Atrofia cerebral", hasta la presencia de un tumor cerebral que comprima estructuras derechas. Hasta las escrituras de estas líneas se estaba pendiente una RX cráneo y arteriografía.

Aunque Freud mencionó crisis histéricas en la primera infancia, en la práctica médica creemos que no es común, por no decir inexistente el hallazgo de crisis histéricas en niños pre-puberales e infantiles.

## Caso II

Nombre: M. A. C.  
Edad: 26 Años  
Hospital: MNSA  
Fecha: 22-10-74

Síntomas de presentación: Paciente femenina de 26 años con tres meses de gestación, llega a la emergencia de Maternidad N. S. A. por presentar:

- 1)– Dolor bajo vientre
- 2)– Sangrado transvaginal con expulsión de partes fetales.

Se diagnostica "Aborto Incompleto" y se ingresa en el hospital.

Enfermedad actual: La joven paciente refiere que hacía unos días su esposo la había abandonado porque entre otras cosas la acusaba de "coqueta" y se había enamorado de una vecina, con la cual se fugó.

A partir de ese día había quedado muy ansiosa y deprimida, y había resuelto poner fin a su embarazo de 3 meses.

El día anterior por la noche optó por comprar en la farmacia una pasta de "Jabón de Castilla", preparó una solución fuerte y con una perita se la introdujo por la vagina al útero.

En el hospital se le realiza curetaje y se le traslada a la sala de "post-aborto".

Examen físico: Al día siguiente de su ingreso encontramos a la paciente sumamente aprehensiva con parálisis de la mano y brazo derechos con incapacidad de doblar el codo y la muñeca. El pulgar derecho se mantiene con su falange proximal flexionada hacia el área cubital. TA = 85/60. Pulso = 130/min.

Reflejos patelares ligeramente exaltados.

Historia familiar: La paciente es la menor de tres hermanas. Su madre es divorciada desde que la paciente tenía 14 años. Viven; las cuatro mujeres, el esposo de la paciente y sus 5 hijos, y un hermano de la madre en la casa. No refiere presencia de enfermedades hereditarias. Desconoce totalmente la causa del pasado divorcio de sus padres.

Historia personal: Paciente con G<sub>6</sub> P<sub>5</sub> A, refiere haber sido muy ñoña cuando niña, y muy "carifiosita". Cuenta que hacía infinidad de travesuras, así como que era muy apegada al padre antes del divorcio. Su actitud frente a la menstruación y sexualidad la refiere "normal".

Análisis: Quizás en este caso estamos ante la presencia de una historia de conversión a florada bajo una personalidad histérica subyacente. Aquella vez dedicamos bastante tiempo a la paciente y pudimos dirigir nuestro enfoque psicoanalíticamente y llegar a ciertas conclusiones, al menos en cuanto al caso se refiere.

Es de notar ante todo que en la historia la paciente nos dice que su esposo la abandona por "coqueta" (exhibicionismo?). Aunque el hombre cuando se enamora de una tercera persona echa mano a cualquier excusa, ésta es algo extraña teniendo en cuenta el estado de gestación de la paciente, y por lo preponderante del exhibicionismo en la historia, hay que tenerlo en cuenta.

El diagnóstico de "Reacción de Conversión", que añadimos en el récord de la paciente fue basado en la ya clásica dorsiflexión de la muñeca y extensión de los dedos con la desviación cubital del pulgar. También fue descargada lesión central o periférica, por la exagerada delineación del área afectada, cosa inexistente en Neurología y que corresponde a la propia visualización simbólica que tenga la propia paciente de la función del órgano, en este caso, el brazo.

De más está decir que el sitio escogido para la conversión juega un papel simbólico importantísimo en la historia del afecto traumático. Teniendo esto en cuenta empezamos un interrogatorio exhaustivo reviviendo de nuevo el hecho del trauma, sin lugar a dudas, al aborto. Así podríamos suponer lo siguiente:

1.— La paciente desarrolló una parálisis de la mano derecha donde descargó todo su conflicto de "Abortar o no abortar" (Atracción—Repulsión). "La mano criminal" recibió todo el embate del castigo y la culpabilidad acompañante. "Fue la mano quien ejecutó el monstruoso hecho, no yo". "La mano debe ser castigada con la muerte, yo, mi entera persona es inocente...y así estoy tranquila".

El hecho de que el brazo esté involucrado indica la exactitud del castigo, pues el movimiento de flexión del brazo fue fundamental para la consecución del hecho.

2.— ¿Por qué la parálisis se le desarrolló muy luego, ya en la sala del hospital? Por dos razones. La primera; a medida que pasan las horas, el raciocinio y el análisis se hacen más evidentes y con ellos el sentimiento de culpabilidad subyacente; la segunda y más importante es que el dolor del bajo vientre fue utilizado como

castigo hasta el momento que dejó de sentirlo, y la parálisis su fiel sustituta...

3.— Por terapia de sugestión tratamos de erradicarle su parálisis, lográndolo fácilmente, pero a los pocos minutos desplazaba dicha parálisis a otro miembro, y a otro. De allí se deduce que:

#### CONCLUSIONES:

- a) El afecto desplazado de su lugar de origen no guarda relación ya con el hecho y se hace arbitrariamente.
- b) Se evidencia una vez más la particularidad de la histérica de autonomizar regiones de su cuerpo, haciéndolos receptáculos de sus conflictos y afectos traumáticos.
- c) La sugestión es una medida paliativa en las crisis de conversión. Si no nos dirigimos más aguda y tenazmente el trauma real coadyugante haciéndolo del conocimiento del paciente y su entendimiento; una terapia de orientación psicoanalítica.
- d) Nos parece que las terapias de desacondicionamiento adolecerían del mismo defecto que la sugestión, en cuanto no van dirigidas al núcleo del trauma sino a su efecto.

#### Caso III

Nombre: M. O.  
Edad: 18 años  
Hospital: RRC  
Fecha: 20-3-78.

Síntomas de presentación: M. O. paciente femenina de 18 años que llega a la Emergencia del Hospital RRC con los siguientes signos:

- 1) Parpadeo
- 2) Inmovilidad
- 3) Amnesia y mutismo.

Enfermedad actual: La paciente fue llevada al centro hospitalario por unas monjas de "Manresa Altagracia", pues se había presentado allí pidiendo trabajo. Al oír la negativa por parte de las religiosas, fue presa de convulsiones y cayó al suelo inconsciente.

En la Emergencia del hospital la paciente es sedada y por medio de sugestión y persuasión sale poco a poco de su amnesia y mutismo, y en medio de esporádico llanto cuenta lo siguiente: "próximamente se casaría con su novio de tres años, pero como éste había perdido su empleo, ella empezó a solicitar trabajo. Hacía tiempo que tenía posibilidades en una fábrica de embutidos, cosa que la tenía esperanzada. Ese día había decidido dirigirse a dicha fábrica a ver "como iba la cosa", pero allí le dijeron que ya no la necesitaban y que la plaza había sido retirada. Su decepción fue tan grande que salió llorando, fue a una farmacia cercana a comprar un calmante para un fuerte dolor de cabeza que le había comenzado...y ésto fue lo último que recuerda. Sólo recuerda que pensaba mucho en Dios..."

Examen físico: Sin patologías aparentes TA=120/80. Pulso = 88/min. Reflejos: Normales.

Historia Personal: La paciente recibió el seno hasta el 1-1/2 años de edad. Su desarrollo psicomotriz y control de esfínteres se encontró dentro de los límites normales. Sufrió en su niñez de Sarampión y Varicela (Estos datos fueron suministrados por la madre, horas más tarde). La madre refiere que siempre fue muy celosa de su hermana menor por las atenciones que recibía al ser las más pequeña, llegando a veces a golpearla, por lo cual era recriminada a menudo.

No se hallaron datos patológicos acerca de su concepción de la menstruación y sexualidad.

Historia familiar: M. tiene tres hermanos, dos mayores que ella varones y la otra 3 años menor. No se encontró hallazgo de enfermedades mentales ni transmisible genéticamente.

Al parecer la madre es quien por su fuerte carácter se ha impuesto en la casa. El padre es alcohólico y generalmente no está en la casa o llega muy tarde. Es común que los hijos presencien las discusiones conyugales.

Análisis: Este es uno de los casos típicos de histeria en nuestro país, a la vez que cumple con los postulados que enunciamos en la primera parte de este trabajo; histeria desencadenada como reacción defensiva ante una realidad insostenible.

La raíz sexual (que siempre creemos existente, ya sea individualizada o como expresión más profunda e irracional) en este caso

puede estar representada por la frustración del impulso al matrimonio; representación y símbolo de una sexualidad más completa y libre de consecuencias morales, impulso que es coartado por impedimentos económicos, que en nuestro medio es algo suficientemente poderoso para impedir una unión conyugal.

Aunque al parecer los rasgos de dependencia no se manifiestan muy evidentemente, es de notar la reacción agresiva a la hermana menor en su infancia, que aunque es una conducta harta conocida debemos tenerla en cuenta, así como también debemos reparar en la pobre identificación afectiva con el padre semi-ausente.

Es significativo el momento de la amnesia resistente. La paciente negó hasta el último momento que hubiera ido a "Manresa Altagracia". Esto implicaría a nuestro ver un simbolismo de no aceptación del haber recurrido a lo religioso, por algún sentimiento de culpabilidad concomitante (no queremos pecar de anticientíficos al emitir este juicio a priori), si este sentimiento se refiere al campo sexual o no lo desconocemos. Al indagar sobre las relaciones con su novio, se limitaba a decir "normal" y negó que mantuvieran relaciones sexuales.

#### CONCLUSIONES:

- 1) Este es un ejemplo del desarrollo de una crisis histérica sin su personalidad concomitante.
- 2) El inconsciente se evidencia como una fuerza autónoma al ego que ayuda a preservarlo interviniendo en procesos tan complejos como la memoria.
- 3) La terapia sugestiva suele ser efectiva para extraer ciertos recuerdos reprimidos, y hasta más aconsejable que para la imposición de ciertos criterios de autoafirmación y refuerzo al paciente.

#### Caso IV

Nombre: S. A. R.  
Edad: 24 años  
Hospital: SBG  
Fecha: 14-4-78.

Síntomas de presentación: S. A. paciente femenina de 24 años que nos llega a emergencia del hospital SBG por presentar:

- 1) Crisis de llanto
- 2) Movimientos abruptos incoordinados
- 3) Parpadeo.

Enfermedad actual: El esposo quien informa, refiere que es la primera vez que le ocurren estos ataques, aunque siempre es muy nerviosa. Dice que se pasó toda la noche vomitando y sin dormir, y al amanecer y darle el ataque la trae al hospital.

Se le administró al paciente 10 mg. de Diazepam I. M., y más calmada en ausencia del esposo, muy angustiada relató lo siguiente: "A las tres de la tarde del día anterior, cuando salió del trabajo, (en una textil) un hombre que siempre la había estado "molestando", que era muy amigo de su esposo, la invitó a ella y a unas amigas a "beberse unos tragos". Ella "tuvo que acceder por sus amigas". A la hora de repartirlas en el carro, el hombre la dejó de último y le instó a seguir bebiendo bajo amenazas. "Ella no quería", pero como el individuo era militar, tuvo miedo y accedió.

Refiere que el hombre antes de depositarla en su casa intentó "manosearla un poquito" pero ella no se dejó.

"Llegaron más tarde de las nueve...". Los tragos los cuales fueron "muy pocos" le sentaron muy mal y vomitó mucho, fuera de que se sentía muy nerviosa. "Mi problema es decirle a mi marido lo que pasó, porque él me quiere mucho y confía muchísimo en mí, y entonces ya no me va a tener confianza...tengo miedo de que si digo algo ocurra una desgracia entre él y ese hombre..."

La paciente refiere que por la mañana "su carga se hizo muy insostenible" y le dio "un ataque", cosa que nunca le había sucedido antes.

Examen físico: Básicamente negativo. TA= 130/80. Pulso = 90/min. Paciente sudorosa con respiración suspirante.

Historia familiar: La paciente es la segunda de tres hijos, siendo varón el primero. Su hogar en su infancia lo refiere más o menos estable. Refiere que siempre se llevaba bien con sus padres y hermanos. El padre tenía preferencia por ella por ser la primera hembra. Su madre "le instruyó" sobre su nueva vida de casa y sus deberes para con su esposo.

Historia personal: Refiere la paciente haber sido muy traviesa cuando niña y muy dada a las "maldades". Dice querer más al padre que a la madre. Refiere haber llorado mucho al ver su primera menstruación, su madre la consoló diciéndole que "ya era mujer", la niña le decía que no quería serlo "tan pronto".

Sobre el hecho no recibió más orientación. Al preguntarle su actitud hacia el sexo respondió "Sólo con mi marido".

#### Caso V

Nombre: LS

Fecha: 10-5-78

Edad: 24 años

Hospital: LEA.

Síntomas de presentación: Paciente femenina de 24 años que llega a la Emergencia de este Centro por presentar:

- 1) — Pérdida del habla (Afasia)
- 2) — Parálisis y anestesia del lado izquierdo.
- 3) — Pérdida de la audición y pérdida del campo visual temporal del ojo izquierdo (hemianopsia temporal izquierda).

Enfermedad actual: Paciente refiere (por escrito) que desde hace 3 años siente que se le duerme el lado izquierdo del cuerpo por minutos, y a poco se le quitaba. Esto le ocurría sin ninguna otra manifestación.

Hace aproximadamente 1 año, durante 2 días se le durmió el lado izquierdo y perdió la visión (de ambos ojos), fue llevada al médico el cual le indicó una serie de exámenes, entre ellos un EEG que dió un trazado normal, no se hizo los otros pues a los pocos días recuperó la visión nuevamente y se normalizó todo.

El día 8 de mayo (2 días antes de su ingreso) sintió repentinamente dormírsele la cara en su lado izquierdo, sintió la lengua pesada y la anestesia se le extendió a todo el lado izquierdo, nublándose la vista... Iba a llamar al médico por teléfono pero éste se le cayó de las manos. Sintióse cada vez más mal poco a poco "pudo llegar a la cama" donde cayó perdiendo el conocimiento. "Pasó 5 minutos"; dice la paciente antes de que llegara una vecina y la llevaran al hospital.

Examen Neurológico: Normal.

Historia familiar: La paciente es la mayor de 5 hermanas. Su padre vivía constantemente viajando a Puerto Rico, donde tenía un negocio. Desde los 15 años vivió con su abuela, la cual "la quería mucho", hasta que casó 5 años más tarde.

Su madre se fue de la casa cuando ella contaba apenas con 10 meses, abandonando a su padre, luego volvió cuando ya ella tenía 4 años. Nunca su madre se llevó bien con su esposo.

No encontramos el hallazgo de enfermedades hereditarias en la familia fuera de un tío hermano del padre que murió siendo epiléptico. Otro tío murió de cáncer.

Historia familiar: La paciente según la madre (que confirmó lo dicho por su hija), nunca se llevó bien con su hija, siempre peleaban y pelean actualmente, no así con sus hermanos con quienes se portaba muy buena y cariñosa.

La paciente refiere que su actitud hacia la menstruación y sexualidad siempre ha sido abierta y normal. Sobre lo primero a la madre le consta su actitud. Sobre lo último "tendría que comenzar a analizarse".

Análisis: Debido a las expresiones de la paciente cargadas de dramatismo y excesiva expresividad y manierismo en su narración, suponemos una personalidad histérica subyacente. Es evidente que la paciente actuó con el individuo bajo su propia voluntad, aunque reiteradamente nos "juró" que no, formando una cruz con los índices de las manos (!), efusivamente, al nosotros aludir a ello, casi "implorándonos" que le creyéramos (en ningún momento nosotros nos opusimos manifestamente a lo que decía, por lo que más bien se lo juraba a ella misma). Al preguntarle si llegó a ejecutar el acto sexual con el pretendiente, lo negó rotundamente, y amenazó con surgir una nueva crisis de llantos y movimientos bruscos; más, no le prestamos atención a su nueva representación y le arguimos fuertemente que si nos lo negaba verbalmente, con palabras y tranquila le creeríamos más que si se ponía a "patalear o gritar". La paciente, se fue tranquilizando poco a poco.

#### CONCLUSIONES:

1) — Cómo se puede ver, el afecto de la vergüenza-culpabilidad de la paciente; posiblemente se halla simbolizado en la náusea y vómito, sinonimia de expulsión, purgación. El vómito: un simbolismo psicoanalítico conocidísimo.

2) — Es de notar la manifestación de la negación a la menstruación. ("No quiero ser mujer tan pronto") y la ansiedad producida ante ella, como respuesta a unos deseos de permanecer en etapas anteriores a la madurez (etapa genital) se evidencia de nuevo en el paciente histérico una fijación en etapas psicosexuales infantiles (oral-edípica).

3) — La crisis histérica en este caso se desencadena como evidencia de un conflicto de carácter sexual, en el cual la ambivalencia de afecto se ve impelida de aflorar al consciente por principios morales establecidos.

4) — La terapia encaminada a incrementar la expresión verbal de los afectos en la histérica (o personalidad histérica) y restar interés y efectividad a las representaciones e ideaciones; favorece el restablecimiento a una aceptada, normal y equilibrada relación con los demás.

A los 20 años se casó y procreó un hijo que ya cuenta con 4 años, y vive con ella en una casa sola, pues se divorció de su esposo al año de casarse. Se limitó a decir que "no se llevaban bien" al preguntarle la causa de su divorcio. Actualmente su madre le ayuda a sostener su hijo, su padre le manda algo a veces.

La paciente reparte sus tardes entre su estudio de Contabilidad y las Artes Marciales. Es cinturón negro en Kempo Karate e instructora en una escuela de la capital. Las relaciones con sus amigos karatecas son "de las mejores", mejores que con su mamá. "No le perdona que la haya abandonado cuando tenía 10 meses...". Su abuela le explicó que aquella vez tenía "sus razones", pero ella no lo perdona y le tiene mucho requemor.

Análisis: A nuestro parecer la paciente lucía muy femenina, pero extremadamente agresiva. Su carácter era fuerte y explosivo (instructora de karate!). Su inteligencia era muy por encima de lo común, tiene un cuaderno mascota de poemas muy bellos. En dichos poemas había clarísima alusiones a su pobreza afectiva, identificándose con "hojas secas", "islas desiertas", sus imágenes literarias eran de hermosísimas hipérbolos. Habían frases efectivamente cargadas de un no-afecto como:

"...rosas que recuerdan melancólicas cuando las mañanas tenían rocío".

Decididamente que la infancia y la adolescencia de la paciente transcurrió conflictiva, las reacciones afectivas no maduraron por factores familiares en una personalidad quizás ya predispuestas. No hubo ni "padre" ni "madre". No en cuanto a la presencia física o moral sino como padres como fuentes y receptores de afecto. Todo esto forjó una personalidad agresiva y caprichosa, depresiva y melancólica.

La paciente fue ingresada con el diagnóstico posible de "Lesión Hemisférica" e "Histeria a descartar".

Al llegar a su sala al examen físico nosotros encontramos a la paciente con monoplejía y anestesia de la extremidad inferior izquierda, afasia motora, hemianopsia temporal izquierda y sordera izquierda. TA = 120/85 y Pulso: 80/min.

Al examen físico fuimos descartando lesión orgánica al ponerla a examinar (ver diag. dif. con hemiplejía).

La prueba de Hoover dió positiva. (Levantar extremidad sana por el talón, colocando la mano bajo la región poplitea de la extremidad enferma: en la parálisis histérica se sentirá presión en la palma de la mano de la extremidad supuestamente enferma por esfuerzo antagónico al levantar la sana).

Al palpotear repentinamente junto a su oído izquierdo se acompañó de pestañeo concomitante.

Con respecto a su afasia, al ordenarle hablar "hacia esfuerzos incommensurable para hacerlo", poniéndose rojísima y pegaba puñetazos en la cama, aguándose los ojos de soberbia al "no poder hablar". Como mencionamos anteriormente todos estos signos son propios de la enfermedad histérica.

Al nosotros lograr una fuerte empatía (principalmente en cuanto a su actividad literaria donde no negamos cierta identificación), aprovechamos el interés que ella veía en nosotros por sus cosas y,

por terapia sugestiva logramos en apenas minutos sacar la paciente tanto de su parálisis como de su mutismo, hemianopsia (la cual no curó del todo) y sordera.

La paciente fue dada de alta al día siguiente de nuestra visita.

#### CONCLUSIONES:

1)– La histeria es una enfermedad en que las experiencias afectivas de la infancia juegan un papel muy preponderante en su desarrollo.

2)– La personalidad histérica al parecer es propia personas algo más inteligente de lo promedio, y al parecer tienen un impulso coercitivo de buscar cada vez más medio de expresar dramáticamente su inactividad a sí mismos y a los demás, incursionando en actividades que gozan de la apreciación general como la literatura, la cual no sólo, suministra nuevas formas de expresión sino que evidencian (con desplazamientos, proyecciones y condensaciones, como el fenómeno onírico) el vórtice del problema emocional.

3)– Es necesario antes de efectuar cualquier terapia lograr un buen rapport con el enfermo, dar muestra de interés sincero y desinteresado hacia el paciente y hasta podríamos decir, identificarnos (si así lo sentimos), teniendo la concomitante precaución de nos transponer la afectividad más allá de los límites terapéuticos estipulados.

#### Caso: VI

Nombre: A. N.

Edad: 24 años

Hospital: SBG

Fecha: 1–5–78.

Síntomas de presentación: Paciente de 24 años femenina que ingresa a la Emergencia del HSBG por presentar:

1)– Crisis de agitación.

2)– Autoagresión.

Enfermedad actual: Según la hermana, quien informa, desde hace 6 días la paciente se sentía con dificultad respiratoria y dolor en el pecho, por lo que consultó hace 3 días con el médico. Este le recetó unas pastillas que no recuerda el nombre y le indicó unos análisis. Ya en su casa tomó las pastillas según lo indicado. Minutos más tarde una señora con quien vivía, oyó un ruido en la cocina y al acudir la encontró en el suelo sin sentido.

La paciente llega a Emergencia fuera de sí, en crisis de agitación, mordiéndose todo el cuerpo con extrema violencia, especialmente el brazo, y golpeándose rudamente. La paciente fue sedada con Diazepam e ingresada a la sala psiquiátrica del hospital.

En dicha sala encontramos a la paciente muy agitada, con respiraciones suspirosas y anhelantes, refiriendo muchos mareos y dolor en el pecho. Refiere una multiplicidad de síntomas floridos que incluyen: mareos, dolor precordial, cefaleas, dificultad respiratoria, decaimiento y extremo nerviosismo.

Al examen físico encontramos a la paciente con extrema sudoración y taquicardia, revela dolor a la palpación del epigastrio.

Pulmones claros sin roncus ni sibilancias. Corazón con ritmos cardíacos regulares, Fc: 100/min. TA:90/60. Abdomen negativo y reflejos normales. En brazo y antebrazo izquierdo; presencia de laceraciones, equimosis y mordeduras varias.

Análisis de laboratorio del día de ingreso reveló sólo ligera anemia normocítica normocrónica (Ht:36/o; Hb:12 gr.o/o). ECG normal.

Examen neurológico negativo.

Historia familiar y personal: La paciente es la 5ta. de 10 hermanos que viven en Gaspar Hernández. La hermana mayor de la enferma refiere que son una familia muy unida, no obstante la paciente pelea con todo el mundo incluyendo las hermanas. No refiere enfermedades familiares.

La paciente refiere que nunca ha sufrido esos ataques anteriormente. Actualmente trabaja en una "boutique" donde confiesa que no se lleva bien con sus compañeras de trabajo. Vive en la capital con una señora amiga de la familia y sus dos hijitas en una habita-

ción alquilada, mientras trabaja por las tardes.

Es divorciada y tiene una niña de 4 años la cual es mantenida por sus padres y vive en Gaspar Hernández, pues ella no puede atenderla. Refiere que peleaba mucho con su esposo, el cual la golpeó una vez fuertemente en el pecho, lo cual, según ella, cree que tiene que ver con su "falta de aire" y dolor de pecho. Este incidente la afectó mucho pues su padre "jamás le había pegado", el pleito se originó al parecer por celos de la paciente, estos problemas motivaron su divorcio.

Con respecto a su menarquía refiere que sufrió mucho, pues recuerda que lloró todo el día y se acostó por 5 días. Tenía 15 años a la sazón, y pensó que eso era porque había "comido algo que no debió comer", no obstante, su hermana le orientó sobre el significado de adulez que conlleva.

A los 7 años refiere haber sufrido de "ahogo" (asma bronquial?) pero que al pasar de los años se le mejoró. Nos menciona más de una vez sobre una infección vaginal que sufrió hace unos 7 meses que fue tratada satisfactoriamente.

Luego de la entrevista que sostuvimos con la paciente la hermana nos arrojó importantes datos que la enferma omitió; a saber las crisis le han dado dos veces. La primera a los dos meses de estar casada y la última hacía aproximadamente 1-1/2 año, con las mismas características que la actual a excepción de la autoagresión. La segunda crisis le ocurrió mientras bebía unas cervezas. No logramos abundar más sobre estas crisis. La hermana refiere que desconoció la vida marital de ella pero sí sabe que unos meses luego del divorcio se mudó a vivir con un hombre (la paciente había negado rotundamente que luego de su divorcio hubiera ningún hombre en su vida), hacía aproximadamente 7 meses tuvo 3 meses de gestación con dicho individuo pero sufrió "una caída" y perdió la criatura, realizándole en una clínica privada un curetaje, que según la informante ocurrió sin problemas y satisfactoriamente. Meses más tarde peleó con el hombre y se mudó donde una señora haitiana, amiga de su padre, con la cual vive actualmente. Estos detalles fueron todos omitidos por la paciente.

Análisis: Las supuestas crisis asmáticas de su niñez en un dato importante dada la gran significación psicósomática de este padecimiento, el "flauto del pulmón" (Poldinger). Nos cuestionamos sobre la realidad de estos ataques asmáticos ó si serían más bien manifestaciones de la ansiedad, ya en la infancia.

Es evidente la posible personalidad histérica denotada por su hostilidad, temperamento explosivo, etc., donde de nuevo la sobreprotección nos surge; "mis padres nunca me pegaron".

Nos cuestionamos sobre si la crisis histérica de su ingreso sea una remembranza del pleito marital que puso fin a su matrimonio. Riña que al parecer fue más dramática que lo que la paciente narra, quizás ocultando su participación más activa y determinante en la pugna. Así la "fantasía de riñas infantiles" (Freud), que mencionamos como causas de autoagresión en las crisis; podríamos mejor decir "Fantasías de riñas adultas infantiles", y así no circunscribirnos a la infancia como lo hace el ortodoxismo psicoanalítico.

En varios momentos, a pesar de las importantísimas omisiones de la paciente en el curso de la historia clínica, la enferma parecería guiarnos al meollo de su situación: a)– nos relaciona el golpe en el pecho del esposo con su trastorno respiratorio y precordial; b)– Fue de notar la insistencia en su "infección vaginal" de hace 7 meses, tiempo que concuerda con su fecha de aborto, suceso traumático importante en la vida afectiva de la paciente. Y a este punto vamos a lo que expusimos en páginas anteriores; algunas simulaciones histéricas son algo especiales, apareciendo a veces una actitud opuesta, es decir, dictándonos muy sutilmente ciertas pautas para nuestro diagnóstico. La paciente aparentemente nos quería guiar hasta cierto punto álgido (su aborto) que quería "expulsar" (o confiando en nuestra pericia que "se lo expulsáramos").

#### CONCLUSIONES:

1)– Las autoagresiones como tales, aunque no muy comúnmente en la práctica psiquiátrica, existen (nos referimos a autoagresiones relativamente graves, no simples arañazos, etc.). Estas, desde luego no tienen la finalidad de riñas, violaciones o pugnas preteritas sucedidas ya en la infancia o en un pasado reciente, y que, desde luego son muy importante en el trauma psíquico. La autoa-

gresión fuerte (de este tipo) no excluye el diagnóstico de histeria.

2)— La simulación histérica tiene sus variantes y a veces la paciente, puede ayudar indirectamente al diagnóstico, pero siempre buscando una ganancia secundaria que se evidenciaría al instante o más adelante en la terapia.

Caso: VII

Nombre: A. C.

Edad: 47 años

Fecha: 10-5-78

Hospital: SBG.

Síntomas de presentación: Paciente femenina de 47 años, vieja conocida en el departamento de Psiquiatría del hospital, llega a consulta externa por presentar:

1)— Extrema agitación.

2)— Movimientos abruptos.

Enfermedad actual: Según refiere su esposo, hombre de unos 45 años, que desde hace unos 7 u 8 años la paciente permanece acostada todo el tiempo con un gran temor a levantarse, con dolor de estómago y sintiendo que "se le va la cabeza". A menudo sale huyendo por el patio de la casa sin saber porqué. Estando en cama no quiere que nadie se le acerque ni que se sienten en el lecho, pues "le da mareo que le mueven el colchón".

Cuestionando a la paciente sobre lo dicho por su esposo ésta lo confirma y refiere también un "calor" que le comienza en el estómago y se le corre hacia el bajo vientre.

"Cuando me mueven el colchón —refiere la paciente— me molesta mucho porque entonces tengo que hacer así..." (a esto la paciente que está acostada en decúbito eleva grotescamente la cadera hacia arriba, repitiendo la misma suerte acostada de lado).

Al examen físico la paciente denota cierto dolor al palpado abdominal y epigástrico, y, nos intenta llevar la mano repetidas veces hacia el bajo vientre. No existía visceromegalia ni defensa muscular. Sus pulmones estaban claros en ambos campos y su corazón mostraba ligera taquicardia de 100 l/min, sin soplos, así como taquipnea de 30/m. TA 160/80.

Lucía extremadamente agitada y disnéica ejecutando movimientos reptoides e incoordinados algo abruptos, principalmente truncales. Examen neurológico: Negativo.

La paciente fue sedada.

Historia familiar y personal: La paciente es la 12 de 26 hermanas de dos diferentes madres. Al ser tantos hijos la familia era muy unida. Sus padres dormían en una habitación separada de sus hijos. No existían enfermedades hereditarias en ellos.

La paciente admite que peleaba mucho y no se llevaba bien ni con sus hermanas ni con nadie. Su menstruación primera le sobrevino a los 14 años y recuerda que lloró mucho y se acostó, pero su madrastra le explicó el hecho. Actualmente la paciente trabaja como conserje del ingenio Consuelo, hace unos 10 años se unió libremente con el hombre con quien vive actualmente. No poseen hijos. El marido tiene uno fuera de la casa. Refiere que últimamente el esposo le pelea mucho y que noche tras noche la obliga a mantener relaciones sexuales que ella no desea ni le interesa, porque se siente muy enferma. Cuando ella no accede el marido le imputa que ella "busca hombres" cuando él no está y por ello no tiene deseos de noche. Su actitud hacia la sexualidad es totalmente negativa, pues dice no disfrutar a causa de su padecimiento. Su marido la censura y la trata "a menos" porque ella no es una mujer completa pues "no puede tener hijos".

Aconsejamos a la pareja sobre su vida sexual y conversamos largo rato con el marido en cuanto al respeto y comprensión al padecimiento de su mujer.

Análisis: Es evidente el tremendo estado de ansiedad a que se ve sujeta la paciente en su hogar. Podríamos inclusive observar un marcado componente depresivo en el historial clínico.

En algunas histéricas la sexualidad se haya contenida en latencia sumergida en su amalgama de síntomas. Otras veces, como ésta, es más manifiesta: 1)— La naturaleza del dolor epigástrico. Ese "calor" que le desciende hacia el bajo vientre es innegable que expresa esa "fiebre serpentina" del orgasmo sexual, el "caloris magnum" de los antiguos. 2)— Al mencionar su reacción cuando le mueven el colchón, como dijimos la paciente se arqueó, proyectando su pelvis

hacia arriba en un puro "opistótono sexual", algo tan evidente que otra paciente que se encontraba cerca de ella hizo alusión a ello diciendo: "Guarda eso para por la noche". 3)— Por último no vale la pena anotar su intención de llevar nuestra mano hacia el área genital para indicarnos donde "culminaba" el dolor, mientras le palpábamos el abdomen.

El desarrollo de su enfermedad histérica y su pseudofrigidez sexual, en este caso la vemos como reacción al complejo ansioso de su hogar y como respuesta vengativa a la actitud sexual de su marido muy posiblemente exenta de todo afecto y ternura.

Cuando cuestionamos al esposo sobre la acusación de éste de que ella andaba con hombres, lo negó rotundamente achacándose a la "loquera" de la paciente. Podría ser una reacción machista a confesar una realidad, o podría ser (y es lo que pensamos) fantasías de infidelidad de la paciente que no cesa de manifestar su hostilidad a su incomprensivo esposo.

#### CONCLUSIONES:

1)— ¿Podría la sexualidad en su más amplio sentido ser la condición sine qua non del proceso histérico? Al parecer sí. Esta se halla evidente o enmascarada en casi todos los casos. Para su desenmaradamiento aconsejamos apelar a los pasos del proceso onírico: Proyección, desplazamiento y condenación.

2)— La terapia en casos como éste debe estar mayormente dirigida al objeto reaccional del paciente, en este caso su marido, y enseñarle a descondicionar poco a poco las reacciones de su esposa en el lecho sexual a base de apoyo y refuerzos afectivos.

Caso: VIII

Nombre: H. M.

Edad: 43 años

Fecha: 10-5-78

Hospital: SBG.

Síntomas de presentación: Paciente de 43 años que llega a la consulta externa de Psiquiatría del hospital por presentar:

1)— Agitación

2)— Sensación de opresión en el pecho.

Enfermedad actual: Refiere la paciente que su sintomatología tiene 1 año de evolución. Para ese entonces recuerda que por las noches no podía conciliar el sueño, y cuando casi lo lograba, se despertaba temblando. Recuerda que una vez convulsionó y perdió el conocimiento.

Seis meses más tarde, cuando un día cocinaba, se agachó a recoger una olla y al hacerlo dice que se le durmió repentinamente el brazo y poco a poco todo el cuerpo de ese lado (derecho); luego sintió que se le "iba la mente", hasta que perdió el conocimiento y a no ser por un niño de 12 años hijo de una lavandera que con sus brazos le amortiguó la caída, se hubiese lesionado.

Hace aproximadamente 1 mes que siente "una penita en el corazón" y un nerviosismo que no le deja disfrutar la vida. Los ataques le sobrevienen cada vez que tiene problemas o está muy intranquila (cuando alquiló una casa, en el casamiento de su hija, etc.).

Al examen físico notamos una paciente ansiosa y algo deprimida, que mantiene el ceño fruncido y las cejas arqueadas hacia abajo, con taquicardia y taquipnea (FC: 120/m.; FR: 28/min.). Resto de la exploración física y signos neurológicos normales. Un EEG indica trazado normal, glicemia 80 mg. (la paciente se quejaba de un prurito intenso, generalizado de tres semanas de evolución), Hemograma normal.

Historia familiar: La paciente es la 4ta. de 10 hermanos, refiere que en su familia hay muchos "nerviosos", su madre vivía llorando, en su casa todo era "como rápido", y se vivía con mucha intranquilidad. No pudimos dilucidar ni ella expresar bien que tipo de enfermedades tenía su familia, sólo su padre murió de un edema cerebral ya muy viejo.

Historia personal: Su menarquía ocurrió a los 13 años y la tomó con absoluta frialdad, fuera de que dicho proceso fue prontamente explicado. Era extremadamente nerviosa, peleaba mucho y era la de carácter más fuerte de todas las hermanas. En su infancia sólo sufrió de las exantemáticas propias de ella.

La paciente tiene 25 años de casada y tiene 5 hijos. Hace 10

años fue operada de un fibromioma uterino.

Su relación con el marido no es muy satisfactoria, pelea mucho pues él es alcohólico y es "muy exigente". Sus relaciones sexuales son muy esporádicas y casi inexistentes. Dice que siempre ha sido muy fría y acostumbró a su marido a dormir en camas separadas, como lo hacían sus padres.

Actualmente la paciente está en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos.

Análisis: Nos hemos percatados que no en todas las pacientes histéricas existen esos clásicos y aparatosos signos de somatización. A veces, como es este caso, no se pasa de una temporal y esporádica anestesia de una extremidad o una mano. En los casos de pérdida de memoria o más específicamente, de conciencia no debemos forzar las explicaciones a un pansexualismo exagerado y ver en todo desfallecimiento "Esa pérdida de conciencia fugaz pero innegable, concomitante al grado máximo de satisfacción sexual intensa" (Freud). Sencillamente nosotros vemos un escape, una transacción entre los conflictos un "Yo no oí, ni ví, ni sé nada", o quizás más allá, un "no existir", una muerte psíquica en busca de la paz paradisíaca que idealmente todo humano anhela, principalmente en momentos conflictivos, como un recuerdo lejano de la matriz materna.

A todo lo largo del historial de la paciente esa inefectividad sexual que desde su menarquía se prolonga hasta su vida conyugal, donde los lechos separados y la frialdad que ella misma "exhibe", representan el módulo primordial de su desequilibrio emocional. Sobre mencionar la presencia de las llamadas "familias histéricas" que coexistía en su hogar, donde la paciente quizás no fue más que una burbuja de un volcán en erupción.

A pesar de que comprendemos el período menopáusico que la paciente atraviesa le indicamos pruebas tiroideas; PBI, T3 y T4, para descartar alguna crisis tirotóxica concomitante, así como la sugerencia de terapia hormonal compensatoria.

#### CONCLUSIONES:

1) Posiblemente el período menopáusico, en que el equilibrio hormonal se ve alterado, pudiera ser un factor predisponente para que retornen síntomas histéricos en una personalidad predispuesta y ansiosa.

2) Las pérdidas de conciencia en paciente, histéricos con historia manifiesta de vida sexual disminuida o ausente pudiera representar un mecanismo compensatorio y puede dicho signo estar cargado de fuerte simbolismo sexual.

#### Caso: IX

Nombre: A. C.  
Edad: 44 años  
Fecha: 10-5-78  
Hospital: SBG.

Síntomas de presentación: Paciente conocida en Psiquiatría llega a consulta externa por presentar:

- 1) Ronquera
- 2) Depresión.

Enfermedad actual: La paciente refiere que hace aproximadamente 7 meses (3 diciembre) luego de tener una acalorada discusión con su ex-esposo, se acostó nerviosa y agitada. Al día siguiente amaneció muy ronca, a pesar de no haber alzado la voz en su polémica. Pasadas 48 horas había perdido casi totalmente la voz. Esto le evolucionó por unos 5 días, cuando recuperó la voz durante una semana, pero de nuevo días más tarde volvió a perderla esta vez sin causa justificable. Su disfonía ha permanecido hasta actualmente pasando por altibajos de mejoría.

Para los días del comienzo de su síntoma la paciente usaba un collarín ortopédico por tener una ligera desviación de vértebras cervicales. Ella atribuye su ronquera a que aquella noche se había quitado el artefacto ortopédico en el sereno de la noche fría.

La paciente refiere haber tenido su menstruación detenida por 3 meses a partir del comienzo de su síntoma fonético. Su amenorrea desapareció en Febrero con una menstruación muy abundante y de duración normal.

Al examen físico la paciente lucía intranquila con voz efectivamente afónica pero pausada y lenta, se veía muy sudorosa. A la

auscultación torácica encontramos ligera taquicardia de 90/min. Su TA fue de 180/85 (Hipertensión sistólica). A la exploración de la región cervical no se palparon nódulos ni quistes, ni linfadenopatías, su tráquea estaba bien situada y tenía buena movilidad. Según reporte de otorrinolaringología al estudio laríngeo no se encontró ningún tipo de tumoración, nódulos o neoplasias, cuerpo extraño, etc. Sus cuerdas vocales no lucían inflamadas ni laceradas. No había daño de cartílagos laríngeos que pudieran provocar su sintomatología.

Examen neurológico negativo.

Historia familiar y personal: La paciente se crió con su papá sola, pues su mamá se divorció de éste cuando ella contaba con 4 años. Luego su papá se casó con una prostituta con la que procreó 4 hijos. La paciente refiere que a pesar de su pasado su madrastra exhibió siempre una conducta intachable. Su padre sentía especial preferencia por ella y "no le dió una pela jamás".

La paciente tuvo su menarquía a los 11 años, pensó que se había cortado y lloró mucho. En su adolescencia una amiga la introdujo a la fé Evangélica, la que practica mientras puede. A los 18 años se casó y procreó 5 hijos. Su actitud a la sexualidad fue algo apática mayormente por las enseñanzas de su religión. Hace unos años se separó de su esposo, no sólo porque no resistía su alcoholismo sino porque "ya no le llamaba como hombre". Su esposo había desarrollado una impotencia con ella, y eso la asqueó porque supuso la existencia de otra mujer. Su esposo le afirmó que era causada por una "brujería" de una vecina. Refiere que luego con un "contraensalmo" se sanó, pero él ya había perdido su amor. Su ex-marido frecuenta su casa y ella lo recibe como un amigo cualquiera. Dice que no mantiene relaciones sexuales con él.

Actualmente la paciente trabaja en la Cementera y su relación en el trabajo la define como muy buena.

La paciente ha sido internada en el hospital por padecer de enfermedades hepáticas (Hepatitis viral-1974) una infección reanal en el 1976 y a menudo sufre de colecistitis.

Análisis: En mujeres menopáusicas los trastornos hormonales producen una serie de cambios psíquicos que dificultan y mistifican los diagnósticos psiquiátricos.

Para el análisis de su disfonía debemos tener en cuenta varios fenómenos; por ejemplo, el hecho de su collarín ortopédico de una manera u otra cohibe sus manifestaciones verbales, y más en casos de discusiones donde los movimientos y la fonación se hace más brusca. Esto podría dificultarles la vía de expresión normal y producirle simbólicamente las secuelas de una discusión acalorada como lo es una ronquera, por otro lado, indagamos que en varias oportunidades de su discusión se tuvo que "tragar las palabras" y varias expresiones de su ex-esposo le pasaron como un "trago amargo"...todas estas expresiones populares dan a entender hasta que punto su disfonía pudiera tener causas emocionales y pasar a ser un símbolo histérico; represivo.

Tanto su depresión como su amenorrea la hemos considerado como era de esperar, preámbulos de su período menopáusico, pero debido a su instalación simultánea con sus manifestaciones psicósomáticas o somatizadas, le otorgamos un significado psíquico concomitante y satélite a su reacción neurótica. Así también la impotencia (temporal?) de su marido decididamente que jugó un papel preponderante en su divorcio y conflicto emocional (reforzado por un super ego evangelizado).

#### CONCLUSION:

1) Las disfonías histéricas expresarían, tanto una culpabilidad por haber mencionado una frase innecesariamente agresiva, como por haber recibido una carga afectiva hiriente suficiente para "sellarle la boca".

Caso: X  
Nombre: A. P.  
Edad: 36 años  
Fecha: 10-5-78  
Hospital: SBG.

Síntomas de presentación: Paciente masculino, soltero de 36 años que asiste a la consulta externa por presentarsele:

- 1) Dolor precordial
- 2) Nerviosismo.

Enfermedad actual: Paciente refiere que hace unos 7 meses se levantó una mañana con un ligero dolor precordial, sus manos sudaban mucho y sentía una flojera en las piernas. Fue tan grande su debilidad que cayó al suelo. Esa misma mañana fue llevado a una clínica, de allí a este hospital donde perdió totalmente el conocimiento.

Ya ingresado el paciente tuvo una amnesia de 7-8 días donde se le hizo toda una batería de tests de laboratorios cuyos resultados fueron los siguientes: Hemograma normal; VDRL, no reactivo; EEG trazado normal. ECG reveló cambios en la repolarización (onda T) sugestivo de lesión isquémica, esta anomalía apareció en derivaciones diafragmáticas D2, D3 y AVF. Sus signos vitales siempre permanecieron dentro de los límites normales. Examen neurológico negativo. En ese período el paciente se negaba a levantarse de la cama afirmando que no podía movilizar ni las piernas ni los brazos, su "flojera" era extrema y según reporte lucía muy ansioso. Unos días luego de recuperar la memoria su actividad motora se normalizó repentinamente y el paciente fue dado de alta. Actualmente asiste con regularidad a la consulta externa.

Historia familiar y personal: El paciente es el menor de 8 hermanos. Sus padres se divorciaron cuando éste contaba con 6 años y se casaron de nuevo. No refiere haber presenciado disputa alguna entre ellos aunque confiesa que su madre se disgustaba mucho al ver que su esposo ingería tanto alcohol. Su padre murió de un derrame cerebral hace varios años. Cuando pequeño dormía junto a sus padres y recuerda haber presenciado algunos actos sexuales. Refiere que se disgustaba mucho, no sabe porqué, pues su padre no la agredía.

Se definió como un niño muy revoltoso, muy dependiente y nervioso. Su actitud hacia la sexualidad siempre fue muy abierta, como todo muchacho. Su primera experiencia de ese tipo la tuvo a los 16 años. Dice que sólo recuerda haberse masturbado una sola vez en su vida cuando adolescente.

Hasta hace pocos años bebía mucho pero tuvo que suprimir el alcohol por una enfermedad hepática en 1972. Fue operado de hidrocele bilateral en 1974; ingresó de nuevo al hospital por una hepatitis viral en 3-9-75, y fue tratado por una úlcera péptica hace 2 años. Desde hace 1 año sufre de dolores perianales frecuentes así como también de hemorroides por la cual sigue tratamiento.

Desde hace 7 meses refiere pérdida total de la potencia sexual, evidenciada con varias mujeres. Se le cuestionó sobre historia de enfermedades venéreas pasadas (sufrió una benigna hace 2 años sin consecuencias), sus temores a ésto, al embarazo, etc. y no se encontró datos importantes.

Análisis: Ya que la enfermedad histérica presenta ciertas similitudes con otras enfermedades neuróticas, hay ciertos aspectos del paciente que debemos analizar.

Definitivamente el paciente tuvo cierta lesión miocárdica que muy posiblemente le causara una angina pectoris. El ECG mostró cambios en onda T, signo de isquemia, por lo menos transitoria; dato que no debemos desdeñar. Desde luego su pérdida de conocimiento (pérdida que no era tal, pues recuerda las veces que lo subían de piso a Cardiología para los ECGs), amnesia, y alteraciones motoras, no se relacionan con su problema cardíaco, en dado caso, en pacientes cardíacos, serían secuelas de embolias cerebrales, lo que se descarta por la rápida recuperación y la ausencia de otros signos neurológicos. El diagnóstico de lesión isquémica cardíaca y reacción de conversión lo consideramos válido. También tenemos que tener en cuenta sus pasadas enfermedades hepáticas y enfocar las causas psicosociales del alcoholismo.

Luego de estas generalizaciones debemos abordar la parte más interesante de la historia que abordaremos a continuación:

- 1)— Su presencia en el acto sexual de sus padres.
- 2)— Su úlcera péptica.
- 3)— Su hemorroides y dolor perianal.

1)— Es conocidísimo desde el punto de vista psicoanalítico el significado traumático de la observación de los actos sexuales paternos en la temprana infancia. Es sabido como la mayoría de las veces es tomado como un acto agresivo y sádico contra la madre. De allí el disgusto concomitante. No podríamos decir que en la homosexualidad este hecho es algo excepcionalmente significativo, pero como Freud alude en su "Análisis de la fobia de un niño de cinco años"; este suceso predispone a una reacción de defensa, que iden-

tificándose con la madre, adopta actitudes pasivas-masoquistas en su posterior genitalización sexual.

2)— Angel Garma el conocido psicoanalista argentino en su "Psicoanálisis del ulceroso" (Paidós, pág.25 y sgs.) expone: "Tras la intensa actividad masculina del ulceroso, se esconde una amenazante tendencia homosexual que conlleva al hombre a una excesiva conducta masculina". El autor sugiere la posibilidad de una homosexual latente con una conducta masoquista y dependiente concomitante en los pacientes que padecen de úlceras pépticas.

3)— No quisiéramos "traer por los cabellos" la presencia de una homosexualidad latente o consciente en nuestro paciente, pero sobre lo antes mencionado, tendría cierto valor el hallazgo de hemorroides y problemas perianales, signos bastante frecuente en pacientes homosexuales.

Nos tuvimos que desviar un tanto del proceso histérico, pero era necesario que enfocáramos al individuo como un todo, estableciendo diagnósticos diferenciales con otros conflictos neuróticos como el expuesto.

#### CONCLUSION:

1)— Aceptamos el diagnóstico de "Reacción de conversión" del récord del paciente, pero consideramos seriamente la presencia de otros conflictos de índole sexual y enmarcados en otra esfera diagnóstica.

2)— Posiblemente el desarrollo de la enfermedad histérica en hombres se asienta bajo una personalidad pasiva, dependiente y con conflictos importantes en cuanto a su identificación sexual se refiere.

#### CONCLUSIONES

La histeria existe en nuestro país.

No lo afirmamos por muestra pequeña casuística, sino por el estrato conductual e idiosincracia del dominicano. Y no sólo eso...A nuestro parecer la tendencia histérica continuará en nuestro país hasta que sobre el oscurantismo religioso (tomando religioso como sinonimia de "mágico") de nuestras gentes, surja y se geste un nuevo arquetipo conductual acorde con el momento histórico moderno.

Quisiéramos en estas cortas líneas irstantes hacer un recuento de nuestras conclusiones clínicas, pero sería repetido lo ya expuesto al final de cada caso; por lo que consideramos de mayor importancia tratar aquí las conclusiones generales en cuanto a la, para nosotros posible, real y más profunda etiología, más allá del inconsciente psicoanalítico y de los deseos reprimidos; siendo estos últimos, complementos para su consecución.

Cuando en 1972, éramos directivos de un grupo investigador del fenómeno OVNI (Objeto Volador no Identificado); alrededor de los meses de Octubre y Noviembre de ese año, ocurrió la "oleada" (flap) más abundante de este fenómeno en nuestro país. Nos sentimos en el deber de orientar al público sobre un fenómeno que hacía años estábamos investigando y analizando psicológica y científicamente. El fenómeno existía, era real. Sin embargo, nos cuestionamos hasta que punto, en una "oleada" de OVNIS, es el hombre mismo su principal fenómeno. Ante un hecho real como era la presencia de estos artefactos, se había desarrollado toda una histeria colectiva: contagiosa, psicosocial y políticamente peligrosa (se nos acusó de ser un instrumento del Gobierno para desviar la atención del pueblo de la "realidad nacional").

Tuvimos casos, por ejemplo, el de una muchacha que con evidente personalidad histérica, nos afirmaba que un ser extraterrestre alto fuerte y elegante se había evidenciado en su dormitorio, mientras ésta estaba en ropa interior...Otra, man-

tenía relaciones sexuales con un venusino. No podemos enjuiciar un fenómeno tan complejo como éste, ó por lo menos nos atenemos a no hacerlo aquí, pero sea como sea, ésto evidencia hasta que punto la paciente histérica se nutre con los arquetipos modernos.

Cuando la angustia colectiva y casi existencial de un pueblo llega a límites alarmantes, la fina tela de su consciente se debilita y la exteriorización de poderosos complejos nacionales se evidencian, así como también la absorción (directa, sin pasar por el consciente) de efectivos mecanismos de defensa foráneos, se adquieren. Un ejemplo de lo primero podrían ser las supuestas apariciones religiosas, el arbor de un dogma y las leyendas. De lo segundo podríamos acudir al propio fenómeno histérico.

Nos cuestionamos si las técnicas conductuales podrían tener la fuerza suficiente para desplazar un arquetipo conductual, que durante siglos se ha estado nutriendo en el inconsciente del dominicano, a pesar de tener esa practicidad de expandirse a una comunidad, nos parece que carece de la potencia psíquica necesaria para la empresa, por su pobre base filosófica. Al psicoanálisis le sucede lo contrario; es todo un movimiento filosófico, podría llegar al "quid" del conflicto, pero por su prolijidad, lentitud e individualismo su valor decrece considerablemente.

La unión de ambas tendencias sería óptimo, pero no negamos cierto derrotismo al atribuir a lo fortuito, a elementos casuales en el orden de lo sociopolítico y religioso; un considerable papel en la evolución de una conducta colectiva. Nos preguntamos sobre la necesidad de un nuevo símbolo o más específicamente un nuevo mito que sustituya los vetustos actuales.

Es falso que los mitos y leyendas necesariamente atrasen los pueblos. El hecho de que los más primitivos grupos sociales estén plétóricos de leyendas y magia, no implica por ello que la mitología sea sine qua non de primitivismo.

Diríamos lo contrario; la desmitificación de los pueblos llevados a un hiperracionalismo, le corroen las bases de su estructura histórica, como por ejemplo el caso de la nación más desarrollada de Occidente, donde las bases estructurales, los hombres-leyendas y los emblemas nacionales se les despoja de todo elemento arcano y misterioso, cosa que necesitan para el sostén de su propia estructura simbólica.

Se nos podría acusar de oscurantistas, retrógrados o primitivistas, pero reafirmamos con Jung, la necesidad de un equilibrio entre los moradores del inconsciente: Lo subjetivo, los símbolos, lo intuitivo, mágico y en general, lo irracional; y los habitantes del consciente: Lo objetivo, mesurable, entendible, y en sí, lo racional.

Aunque anteriormente dijimos que el histérico se nutre de lo irracional, eso no significa que erradicando lo irracional (algo prácticamente imposible) desaparece el fenómeno histérico, si así lo hiciésemos expondríamos al exterminio total a toda una nación, pues el inconsciente es en sí un estrato lleno de fuerzas bienhechoras al servicio de nuestro Ser, pero en determinadas circunstancias que le impidan el libre flujo de sus elementos al consciente, se puede tornar en un infernal volcán de fuerzas destructivas.

No podemos concluir sin hacer alusión a como en la práctica médica, el médico general subestima en el enfermo los conflictos psíquicos, y a veces utiliza el término "emocional", como si dijera "inexistente"; y algo más vituperable,

cuando una histérica llega a Emergencia es recibida con una "risita burlosa", como si se estuviese frente a una comedia. Quizás lo sea, pero una comedia trágica en la que el protagonista es el Hombre mismo.

Fuera de nuestras conclusiones clínicas en cada caso, quiéramos cerrar este trabajo apelando a que se revise (como lo hemos intentado hacer) los conceptos de la psicología profunda para un buen enfoque del paciente histérico y en general, hacer un llamamiento al médico general a que se sensibilice ante la infelicidad de nuestro paciente histérico, que su inafectividad le haga vibrar las cuerdas que une a toda la humanidad entre sí, haciéndola un sólo Ser.

Que cada paciente histérica nos recuerde las cálidas noches de la matriz materna, cuando toda luz se eclipsaba y vivíamos en una anochecer perenne, en un Nirvana perpetuo; y éramos una sola Vida unida simbiótica y espiritualmente a alguien similar a ésta que sufre.

"Anoche soñé que era una mariposa, y al despertar me pregunté: ¿Soy un Hombre que soñó ser mariposa, ó una mariposa que sueña ser Hombre? "

—Chuang-Tsé — Filósofo chino.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.— Solomón Patch: Hand Book of Psychiatry, Lange Medical Publications, 1974.
- 2.— Noyes, Psiquiatría Clínica Moderna, La Prensa Médica Mexicana, 1973.
- 3.— Freedman y Koplán: Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1972.
- 4.— J. Laplanche y J. B. Pontails: Diccionario de Psicoanálisis, Editorial Labor, 1974.
- 5.— Szekely, Bela: Diccionario Enciclopédico de La Písiqe, Editorial Claridad, 1972.
- 6.— Freud, Sigmund: Ensayo sobre la Vida Sexual y La Teoría de la Neurosis, Alianza Editorial, 1972.
- 7.— Freud, Sigmund: Psicoanálisis del Arte, Alianza Editorial, 1972.
- 8.— Freud, Sigmund: La Histeria, Alianza Editorial, 1972.
- 9.— Freud, Sigmund: Sexualidad Infantil y Neurosis Alianza Editorial, 1972.
- 10.— Jung, Carl Gustav: Tipos Psicológicos, Editora Nacional, 1967.
- 11.— Jung, Carl Gustav: El Yo y El Inconsciente, Biblioteca Universal Miracle, 1972.
- 12.— Jung, Carl Gustav: Arquetipos e Inconsciente Colectivos, Editorial Paidós, 1970.
- 13.— Ziegler, F. J.: Contemporary Conversion Reaction, A Clinical Study; Am. J. Psychiátric, 1958.
- 14.— Lepp, Ignace: Claridades y Tinieblas del Alma, Ediciones Fax, 1968.
- 15.— Garma, Angel: Psicoanálisis del Ulceroso, Editorial Paidós, 1969.
- 16.— Laing, Ronald: The Politics of Experience and The Bird of Paradise, Editorial Penguin, 1966.
- 17.— Laing, Ronald: The Divided Self, Editorial Penguin, 1968.
- 18.— Fiallo Ch., Miguel Ant: Antisiquiatría y Esquizofrenia, Revista Génesis, 1977.