

La etiología de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría y sus manifestaciones  
contemporáneas

Lina María Delgado Monsalve

Monografía

Especialización en Psicopatología y Estructuras clínicas

Kelly Yohana Vargas García

Asesora

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín

2019

Por suerte, la historia dispone de un principio de contestación de los saberes prefijados, de quienes quieren deshacerse de ella, y también de quienes quieren codificar la cura, lo que permite mantener las esperanzas de que sobrevivirá a sus exequias.

(Maleval, 1994)

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| Planteamiento del problema.....   | 7  |
| Pregunta .....  | 13 |
| Objetivos.....  | 13 |
| Objetivo general.....   | 13 |
| Objetivos específicos .....   | 14 |
| Justificación .....   | 14 |
| Marco de referencia .....   | 15 |
| Metodología .....   | 15 |
| Resultados.....   | 20 |
| Categoría 1: La etiología de la histeria en el Psicoanálisis freudiano.....                     | 20 |
| Antecedentes históricos .....   | 21 |
| Primer momento: la herencia nerviosa y el trauma sexual infantil.....                           | 29 |
| Segundo momento: La fantasía sexual .....   | 38 |
| Tercer momento: La teoría de la sexualidad.....   | 40 |
| Categoría 2: La histeria en la psiquiatría norteamericana, manuales diagnósticos DSM.....       | 45 |
| La histeria en el manual DSM I .....  | 45 |
| La histeria en el manual DSM II.....  | 48 |
| La histeria en el DSM III .....   | 52 |
| La histeria en el DSM IV .....  | 61 |
| La histeria en el DSM V .....   | 67 |
| Categoría 3: Manifestaciones contemporáneas de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría | 72 |
| Conclusiones.....   | 89 |

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Recomendaciones ..... | 94 |
| Referencias.....      | 95 |

### **Listado Figuras**

|  |    |
|--|----|
| Figura I. Los trastornos asociados a la histeria para el año 1952 en el DSM I.....               | 48 |
| Figura II. Los trastornos asociados a la histeria para el año 1968 en el DSM II .....            | 51 |
| Figura III. Los trastornos asociados a la histeria para el año 1980 en el DSM III .....          | 60 |
| Figura IV (1). Algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV   | 64 |
| Figura IV (2). Algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV   | 66 |
| Figura IV (3). Algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV   | 66 |
| Figura IV (4). Algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV   | 67 |
| Figura IV (5). Algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV   | 67 |
| Figura V (1). Algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 2013 en el DSM V..   | 69 |
| Figura V (2). Algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 2013 en el DSM V ... | 71 |
| Figura VI. Bases biológicas y psicosociales de enfermedades mentales.....                        | 76 |
| Figura VII. Clasificación que la psiquiatría hace de la histeria .....                           | 78 |

## Resumen

La monografía *La etiología de la histeria en el psicoanálisis Freudiano y la psiquiatría norteamericana a partir de las cinco versiones de los manuales diagnósticos DSM*, es una investigación documental que a través de la metodología estado del arte, busca comprender las causas de la desaparición del concepto de histeria como categoría diagnóstica de la nosología psiquiátrica norteamericana. Para ello se precisa conocer en primer lugar, algunos antecedentes históricos de la noción de histeria previa a los planteamientos del psicoanálisis Freudiano, posteriormente, se realiza un recorrido por la obra de Freud en relación a la histeria y sus síntomas e igualmente se hace un rastreo del concepto en la psiquiatría norteamericana a partir de las cinco versiones del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; finalmente se identifica la “la condición histérica” y sus manifestaciones contemporáneas.

**Palabras clave:** psicoanálisis, histeria, síntoma conversivo, enfermedades funcionales, trastorno de síntomas somáticos.

## Abstract

The monograph *Hysteria's etiology in Freudian psychoanalysis and North American psychiatry based on the five versions of the DSM* is a documentary research that, through a methodology founded on the state of the art, seeks to understand the reasons why the concept of hysteria has disappeared as a diagnostic category of North American psychiatric nosology. In order to do this, it is necessary to know first and foremost some historical antecedents of the notion of hysteria prior to the approaches of Freudian psychoanalysis, afterwards a tour of Freud's work in relation to hysteria and its symptoms is made,

And the concept is also traced in North American psychiatry based on the five versions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, to finally identify the “hysterical condition” and its contemporary manifestations.

Keywords: psychoanalysis: hysteria, conversion symptom, functional diseases, somatic symptom disorder.

## **Planteamiento del problema**

En el presente texto mostraré un recorrido general de los planteamientos encontrados en la bibliografía de los últimos años sobre la desaparición de la histeria como categoría diagnóstica en la psiquiatría, para con ello tener un punto de partida a una pregunta investigativa que permita pensar lo que se entiende en la actualidad por histeria y sus manifestaciones contemporáneas a partir de la pregunta por su etiología en el psicoanálisis y la psiquiatría. Para ello tomaré como marco de referencia la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud y la teoría psiquiátrica norteamericana partiendo de la revisión de los manuales diagnósticos y estadísticos de salud mental (DSM por sus siglas en inglés).

La exploración bibliográfica inicial da cuenta que mucho se ha escrito sobre la desaparición de la histeria como diagnóstico clínico en la taxonomía psiquiátrica y estos planteamientos encontrados en el recorrido realizado, parten de explicar lo que han hecho históricamente los discursos de las sociedades que se reflejan en las creencias religiosas, en las disciplinas y en las ciencias según cada época, en relación a la histeria que va desde lo descriptivo, hacia lo explicativo y nuevamente hay un retorno hacia lo descriptivo pero esta vez como categorías que intentan servir al nuevo discurso dominante y que define la forma de lazo social, con consecuencias seguramente que aún no alcanzamos a dimensionar pero que afectan y afectan significativamente, en principio al cuerpo de la histeria que insiste en interrogar y objetar la efectividad del amo de la ciencia, a la ciencia y los discursos psi que la intervienen sin tener claridades conceptuales, diagnósticas y diferenciales para apostarle a un tratamiento, porque el término de histeria se ha ido fragmentando, diluyendo y olvidando, al punto de pensar que los síntomas histéricos que en otrora interrogaron a la ciencia médica y a otros discursos, han

desaparecido, o ya no se presentan como antes. Cabe preguntarnos, ¿no se presentan o simplemente no los leemos?

Discurso dominante o discurso Amo que se desliza, tiene matices y acentos en cada época y al cual quiero hacer referencia en la investigación en relación a la histeria, es entendido aquí desde la disciplina psicoanalítica desarrollada por Lacan, el cual construye una teoría sobre este concepto de “Discurso”, original y distinta a lo que se entiende de este término en lo sociológico y lingüístico en tanto lo que una persona o grupo enuncia. Aquí el concepto de Discurso es aquello fundante del lazo social en el lenguaje y que lacan formalizó desde lo que Freud designó como los tres imposibles del ser humano: gobernar, educar y psicoanalizar, agregando lo que le enseñaron las histéricas que es el “hacerse desear”. Así Lacan construye 4 Discursos que formalizan esos 4 imposibles, que no por serlo se dejan de ejercer, a saber, en lo imposible de gobernar: el discurso del amo, en lo imposible de educar: el discurso universitario, en lo imposible de curar, el discurso psicoanalítico y en el hacerse desear: el discurso de la histérica.

Retomando entonces, se tiene que el discurso Amo de cada época ha definido e intervenido desde su condición de Amo, eso que pasa en la entidad de la histeria, con efectos sobre el cuerpo de los histéricos y sobre los lazos sociales. La historia enseña con Roy Porter (2008) que entre lo sobrenatural de las posesiones demoníacas en las primeras culturas, la racionalización de la medicina griega hipocrática, donde aparece una explicación de la salud y la enfermedad en términos de humores y la medicina medieval que combinó la sabiduría clásica de la medicina griega, con las creencias populares y los remedios mágicos, se encontraba la histérica, señalada de bruja, perseguida y quemada por tener pactos con lo demoníaco (p. 43-66), luego definida como enferma por los vapores del útero, enfermedad a la que le acuñan el nombre



de “sofocación de la madre” (Jorden, como se citó en Porter, 2008, p.36), se comienza entonces a desarrollar una descripción de síntomas y signos, como obstrucción digestiva, sensación de asfixia, que indicaban una patología uterina, provocadora de alteraciones en el cuerpo, con reacciones como convulsiones y paroxismos entre otros. El dualismo cartesiano introduce y marca de manera tajante la separación de la mente y el cuerpo, dejando ver la ignorancia para ese momento, de la conexión existente entre éstos. Con la ciencia como un discurso Amo o dominante de la época y la dualidad dentro de ésta en relación a la mente y el cuerpo, la histeria se desliza de una explicación organicista anatómica hacia la neurobiológica y sigue viajando entre uno y otro.

La psiquiatría clásica nombra dentro de las enfermedades mentales los tipos de las neurosis (histeria, neurosis obsesiva y fobia) y el médico neurólogo Sigmund Freud, fundador de la disciplina psicoanalítica, construyó las entidades clínicas del psicoanálisis basado en la nosología psiquiátrica clásica que siguió su desarrollo con las diversas corrientes del psicoanálisis:

las categorías que utilizamos hoy en día provienen de la psiquiatría clásica: neurosis, perversión y psicosis, ésta última dividida en dos grandes tipos, esquizofrenia y paranoia. A cada una de estas categorías podemos hacer corresponder un nombre proveniente de la historia pre-psicoanalítica. Para la paranoia, Kraepelin; para la esquizofrenia, Bleuler; para la perversión; Kraft-Ebbing; y para la neurosis, Charcot. (Colette Soler en: Quinet, A., 2016, p.14)

Sigmund Freud, a partir de la observación y la escucha de las pacientes histéricas tratadas por la ciencia médica, comienza a construir un saber sobre la entidad de la histeria, planteando sobre esta que:

no discernimos el factor característico de la histeria en la escisión de consciencia sino en la aptitud para la conversión y tenemos derecho a citar como una pieza importante de la predisposición histórica, que por otra parte nos es desconocida, la capacidad psicofísica para trasladar a la inervación corporal unas sumas tan grandes de excitación. (Freud, 1894, p. 52)

Esto es la capacidad que tiene el sujeto histérico de conversión, es decir, “En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer a lo corporal la suma de excitación” (Freud, 1894, p.50). Conceptualización psicoanalítica que le da a la histeria una acepción de estructura, trascendiendo la acepción demoniaca, la organicista y la descriptiva. La psiquiatría norteamericana específicamente, sustituye las enfermedades propias de la psiquiatría clásica por trastornos, y hace de los planteamientos psicoanalíticos una suerte de comodín para argumentar sus propios planteamientos centrados en la descripción de los fenómenos:

La histeria según lo constata Freud a lo largo de su obra, no puede ser tomada como un engaño al médico -simulación o exageración-, ni puede ser tratada por sugestión o hipnosis; para su abordaje, es necesaria una profunda investigación de los materiales psíquicos causales, los cuales han devenido inconscientes... La re-elaboración de tales materiales, en éste dispositivo, permitirá su necesaria reintegración a la movilidad psíquica consciente, dejando de insistir, por tanto, en forma de síntoma conversivo. El constructo etiológico freudiano sobre la histeria, supera hipótesis equivocadas como la herencia, la predisposición orgánica, el trauma causal externo, la degeneración, el engaño, la exageración y la simulación. (Carvajal Vallejo, 2013, p.7)

Sin embargo, el punto de quiebre que inicia la desaparición de la histeria en la nosología psiquiátrica comienza a gestarse con fuerza entre los años 70 y los 80 del siglo XX, con la

participación de psiquiatras norteamericanos, tomando distancia de las explicaciones que tenían su base en el psicoanálisis y en la psiquiatría clásica, al retomar los caminos ya transitados y depurados de la biología y lo descriptivo, para hacerlos categorías de objetos, en un intento de buscar lo igual y unos criterios de síntomas que coincidieran con una suerte de conjuntos que permitieran poder dirigir un conocimiento sobre algo, poderlo controlar y justificar las intervenciones de las tendencias del mercado que comenzaban a tener dominancia y a la que la ciencia hoy pareciera se hace su esclava, sumándose como instrumento de éste, al lado de la tecnología:

El lazo social capitalista explota la dominación de la ciencia y del mercado para prometer la curación de la falta. Quien adopte este punto de vista es llevado a pensarse cual (como) maquina competente, útil, eficaz, duradera-el éxito de esta antropología se mide en el hecho de que la sociedad toda entera parece pasar bajo el mando de una evaluación generalizada de sus competencias, al punto que las psicologías y las ciencias humanas en general se esfuerzan por fabricar la teoría del individuo que el capitalismo necesita para funcionar. (Askofaré, 2019)

En esta lógica y siguiendo con el camino transitado de la histeria por la historia y nombrada por el discurso amo de la ciencia, es como los psiquiatras Paul Chodoff y Henry Lyons (en Carvajal Vallejo, 2013, p. 10), proponen dejar de lado el término histeria, e identificar su síntoma conversivo como una reacción conversiva, manteniendo la palabra histeria sólo en referencia a la personalidad o algunos rasgos en el carácter, al cual se le empieza a asociar con el término histriónico:

Es en esta década, principalmente, donde se observa el inicio de una larga discusión sobre la condición de la histeria, por ejemplo, sobre su posible desaparición como fenómeno

psiquiátrico -propuesta de Ilza Veiht en 1967-, las múltiples cartas y artículos en que se discuten o se usan las propuestas de Chodoff y Guze, o el intento de descubrir nuevos tratamientos para los síntomas de la histeria, como el uso del alucinógeno LSD. (Heyder, en Carvajal Vallejo, 2013, p. 11)

Y es en 1978 donde la asociación de psiquiatría americana –APA- a través del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM versión III, con su equipo de Nomenclatura y Estadísticas del doctor Robert Spitzer, apoyados en los planteamientos de Chodoff y Guze, dejan de lado el debate teórico sobre el fenómeno histérico, privilegiando sólo sus múltiples manifestaciones somáticas (Hyler & Spitzer, en Carvajal Vallejo, 2013, p.11). A partir de ese momento la histeria es fragmentada en sus signos clínicos y clasificada en los trastornos que son reconocidos por el manual DSM III que se publica en el año 1980, versión que se nombró como atórica, donde aparecen los trastornos del eje I en los cuales se incluye: los trastornos disociativos que se ordenan a partir de tomar los aspectos del estado de consciencia, los somatoformas que se especifican desde los aspectos físicos como la conversión, y los trastornos facticios que se configuran desde los aspectos psicológicos o físicos y que están bajo control voluntario del individuo. Esta división, disgregó los síntomas de la histeria en una variedad de trastornos que a su vez se dividen en subcategorías que están tipificadas como reacciones psicológicas, físicas o mixtas, con efectos en los sujetos de la histeria y sus cuerpos, en la lectura que los profesionales hacen de ello, en las intervenciones y sus estilos, en el mercado de la salud mental y farmacológica, en las disciplinas, la ciencia y la academia que forma a dichos profesionales, efectos que serán pensados durante esta investigación.

Es para nosotros bien sabido que la categoría psicopatológica de “histeria”, tan cara a Freud en su tiempo, ha desaparecido en los grandes manuales internacionales de

clasificación de enfermedades o trastornos mentales que norman la práctica clínica “psi” actualmente. Pero también dicha categoría se ha ido difuminando en el panorama del psicoanálisis oficial desde la mitad del siglo XX, y ha sido sustituida, igual que en los manuales psiquiátricos, por otras categorías que ponderan metonímica o metafóricamente algún aspecto sintomático de ella, por ejemplo, por las categorías de “trastorno narcisista” o “personalidad borderline. (Maleval, en: Hernández, 2017, p.274)

Retroceso y confusión es lo que queda no solo en la psiquiatría, sino en los nuevos clínicos de las disciplinas psi y el psicoanálisis contemporáneo para abordar los fenómenos que no por desaparecer el diagnóstico, dejan de suceder, es por ello que si bien las referencias consultadas dan cuenta de la desaparición de la histeria como categoría diagnóstica de la nosología psiquiátrica y muestran el manejo histórico que han hecho de la histeria, no se detienen en el significado y la filigrana que trae la histeria como entidad, asumiendo como obvio o implícito que al nombrar el concepto todas las disciplinas y ciencias están hablando de lo mismo, por lo que esta investigación pretende articularse a lo ya nombrado y reflexionado, pero desde la pregunta por la etiología del concepto de histeria tanto para la psiquiatría como para el psicoanálisis, su vigencia y el cómo podemos identificarla en sus manifestaciones clínicas actuales.

### **Pregunta**

¿Cuál es la etiología de la histeria en el psicoanálisis, en la psiquiatría norteamericana y sus manifestaciones contemporáneas?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar la etiología de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría y sus manifestaciones contemporáneas.

### **Objetivos específicos**

Definir el concepto de histeria desde el psicoanálisis Freudiano.

Definir el concepto de histeria desde la nosología psiquiátrica norteamericana a partir del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM

Analizar las manifestaciones clínicas contemporáneas de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría.

### **Justificación**

La desaparición de la histeria como categoría diagnóstica, ha llevado a desconocer, diluir y olvidar en la formación profesional de médicos, psiquiatras y psicólogos, el valor epistemológico que tuvo el estudio riguroso y científico del concepto, para la semiología psiquiátrica, el psicoanálisis y la psicología, a riesgo de también olvidar lo importante de saber sobre las causas, la singularidad y el valor del síntoma en las descripciones, explicaciones y el tratamiento de un sujeto, por lo que se hace necesario volver a la etiología de la histeria desde cada una de éstas disciplinas y con ello poder definir si la histeria tiene vigencia o no en la actualidad y de tenerla, cuáles son sus manifestaciones contemporáneas. Se hace pertinente en tanto podría llevarnos a comprender la multiplicación de trastornos categorizados en unas filas de síntomas y signos clínicos que, al intentar diferenciarlos para tratarlos, se hace complejo al diagnóstico y por lo mismo al atinar con el tratamiento. Sumado a ello se presentan nuevas formas de enfermedades contemporáneas no orgánicas, que enervan el cuerpo sin una forma de

abordaje efectiva, por falta de elementos epistemológicos que podrían explicar y proponer un tratamiento posible. El aporte a la psicología es categórico en tanto da piso epistemológico, clínico y diferencial a sus intervenciones.

### **Marco de referencia**

Para desarrollar la pregunta de investigación sobre el tema, se tomará el concepto de Histeria en Freud, en donde éste al escuchar a sus pacientes se percata de la diferencia entre la realidad objetiva y la realidad psíquica y comienza a formular su metapsicología sobre el aparato psíquico, en donde el yo construye tres maneras de vérselas con una falla psíquica a la que denominó castración, las cuales son la represión, el rechazo y la denegación, que definirán las estructuras neurótica, psicótica y perversa; además del concepto de síntoma desarrollado por Freud en su texto de *Inhibición, síntoma y angustia*, elementos que se articularan a uno de los casos de histeria.

Por otro lado, se tomarán en la psiquiatría norteamericana, a partir de las cinco versiones existentes del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM, las palabras claves alrededor del concepto de histeria, porque en algunas de estas versiones no existe como concepto o aparece con un nombre diferente. A partir de allí se buscará poder rastrear e interpretar las manifestaciones contemporáneas de la histeria desde el psicoanálisis y desde la psiquiatría.

### **Metodología**

Enfoque metodológico. En el marco de la investigación planteada, referida a la Etiología de la Histeria en el Psicoanálisis Freudiano y en la Psiquiatría y sus Manifestaciones Contemporáneas, el enfoque metodológico será cualitativo hermenéutico, el cual permite

comprender e interpretar el fenómeno generado por la histeria en un contexto social determinado y dentro de unas disciplinas que se han ocupado de observarla, describirla y estudiarla.

Comprenderla e interpretarla, permitirá identificar las causas y su desarrollo posterior dentro del contexto de nuestra sociedad actual. Para ello es necesario tener presente que el investigador no es un agente ajeno al estudio de lo que observa, y que éste, a través de su subjetividad, la cual se articula al contexto social y cultural al que pertenece, intentará reconstruir e interpretar la información de autores que representan las disciplinas que históricamente han entregado conocimientos teóricos sobre el tema. Conocimientos aceptados consensualmente por las disciplinas y sociedades a las que pertenecen.

(Martínez, 2015, p. 59)

### **Diseño metodológico**

El diseño metodológico será desarrollado desde la investigación cualitativa hermenéutica, donde a través de una exploración, revisión y análisis de fuentes de información, se intentará reconstruir e interpretar el concepto de histeria y sus manifestaciones clínicas en el contexto social contemporáneo. Se recurrirá a la técnica de análisis documental, comparativa e interpretativa, que tendrá como guía las preguntas iniciales sobre el tema que dieron cuerpo a esta investigación.

### **Estrategia metodológica**

Se trabajará con la metodología del estado del arte que consiste en una investigación documental donde se revisará cuáles han sido las producciones investigativas, teóricas y metodológicas existentes en la disciplina del psicoanálisis freudiano y la psiquiatría norteamericana en relación al concepto de histeria, con el objetivo de recuperar y trascender reflexivamente el conocimiento acumulado sobre este concepto clínico y sus manifestaciones.



Estrategia que pretende develar desde la heterogeneidad de los materiales documentales que sobre el concepto de histeria circula en las disciplinas psicoanalítica y psiquiátrica, la trama de conexiones presentes en relación al concepto, señalando vacíos, necesidades de articulación, viabilidades y accesibilidades, para que sean utilizados por la academia y la práctica clínica de los discursos psi.

Como en cualquier investigación, la lógica que subyace a la construcción de un estado del arte está mediada por la óptica de los investigadores quienes reconstruyen y reconfiguran lo encontrado desde su apuesta teórica y paradigmática, estableciendo un diálogo con lo planteado en los materiales y sumergiéndose en el conocimiento acumulado, sobre ese objeto de estudio, para producir recompreensiones sobre la forma como el mismo ha sido abordado. (Galeano, 2002, p. 2)

### **Unidad de análisis**

Para este proyecto investigativo se tomará como unidad de análisis la etiología de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría y sus manifestaciones contemporáneas

### **Categorías de análisis**

Concepto de histeria en el psicoanálisis Freudiano.

Concepto de Histeria en la psiquiatría norteamericana, tomando fundamentalmente las cinco versiones existentes del manual diagnóstico y estadístico DSM.

Manifestaciones clínicas contemporáneas de la histeria.

### **Técnica de recolección de datos**

A través de la matriz bibliográfica y de contenido, se hará la recolección de datos, la cual se basa en una propuesta del grupo de investigación Psyconex de la Universidad de Antioquia: Psicología, Psicoanálisis y Conexiones.

Es un instrumento en Excel que permite introducir los diferentes textos que conforman la muestra de la investigación -incluye libros, artículos de revista, trabajos de grados, etc.- para posteriormente filtrar y aplicar los criterios de inclusión y exclusión para su ulterior análisis. (Gómez, Galeano & Jaramillo, 2015, p. 423).

### **Técnica de análisis de los datos**

La técnica de análisis de datos que será tomada como referencia es una Matriz Analítica de Contenido, propuesta por el grupo Psyconex, la cual está presentada en Excel y permite relacionar los textos de la muestra con las categorías de análisis, posibilitando la organización de la información de tal manera que se facilite su lectura y análisis (Gómez, Galeano & Jaramillo, 2015).

### **Universo/Población**

Para el presente proyecto la población será documental-bibliográfica, incluyendo allí artículos de revista, libros, trabajos de grado, memorias de simposios y seminarios, entre otros.

### **Muestra poblacional**

Los criterios de selección para los textos que conformaran la muestra poblacional serán los siguientes:

Criterio de pertinencia: Se incluirían los textos que tengan relación con la unidad de análisis y con las categorías de análisis y se descartarán los que no.

Criterio de temporalidad: Se tendrán en cuenta los textos publicados en un rango de tiempo de 10 años ubicados entre el 2009 y el 2019, adicional a ello se tendrá presente las fuentes primarias de autores que son considerados precursores en el desarrollo del tema tanto en el psicoanálisis como en la psiquiatría, el texto de *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*

de José María Álvarez y otros, del año 2009, y todas las versiones del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM. Los demás quedaran excluidos.

Criterio de accesibilidad: Se trabajará con los textos que estén indexados que se encuentran en la base de datos del Opac de la universidad de Antioquia y de otras bases en la web como son: Scielo, Dialnet, Ebsco, Ebsco Hots, Lilacs. Se excluyen los textos que se encuentren en bases de datos de difícil acceso por desplazamiento y los que estén en otro idioma distinto al español a excepción del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM, los cuales serán traducidos del inglés al español en los capítulos que tengan que ver con los objetivos de la investigación.

### **Descripción de las fases metodológicas**

Desde la metodología del estado del arte, se plantean tres fases a saber:

#### **Planeación o elaboración del proyecto**

A partir del ensayo inicial para acceder por primera vez a la especialización en psicopatología y estructuras clínicas, con un tema y/o pregunta de interés, se comenzará a realizar un primer rastreo documental de palabras claves que tengan relación con el tema y guíen la búsqueda. Con esa primera búsqueda se seleccionan los textos que más se acercan al tema de interés, para posteriormente hacer un nuevo barrido de dichos textos, pero de manera más detenida con base en criterios de pertinencia, temporalidad y accesibilidad. Se consolida un objeto de investigación a partir de la claridad temática conseguida con los dos rastreos previos. Seguidamente se construye una pregunta general que guiará el proceso y otras preguntas específicas que permitirán delimitarlo mejor. Preguntas generales y específicas que permitirán la construcción del objetivo general, de los objetivos específicos, el planteamiento del problema, la

justificación, los criterios de pertinencia de selección de la muestra e ir consignando la información encontrada en la matriz construida para tal fin.

### **Diseño y Gestión**

A través de la matriz bibliográfica, se selecciona la muestra poblacional, las categorías de análisis, para comenzar con una lectura lineal y específica que permitirá construir el marco de referencia y el marco metodológico.

### **Análisis, elaboración y formalización**

Se realizará una lectura sobre la matriz analítica de contenido, donde se toma la totalidad de la muestra para rastrear los elementos que apunten a los objetivos de la investigación, donde se miraran diferencias, convergencias, contradicciones y conectividades, si las hay, entre los diferentes autores y disciplinas. Luego se procede a la escritura de un texto que permita dar cuenta de lo expresado por otros, de los posibles vacíos y de lo nuevo por explorar que puede empezar desde el abordaje realizado.

## **Resultados**

### **Categoría 1: La etiología de la histeria en el psicoanálisis freudiano**

Conocer los orígenes de la noción de histeria y el desarrollo que éste ha tenido a través de la historia nos permite hacernos a un panorama general de lo fundamental que han sido los estudios y aportes realizados por el neurólogo y psicoanalista Sigmund Freud en los diversos momentos de la construcción de su teoría sobre la noción de histeria. Aportes que contribuyeron a un acercamiento distinto al de la medicina clásica y la ciencia en general para tratar las afecciones que mostraban y hacían enigma a la ciencia en relación a los signos y síntomas de la histeria, por lo que se planteaban hipótesis y se ensayaban intervenciones que siempre fueron insuficientes en tanto no habían podido ser explicadas con fundamentos sólidos en relación a su

etiología y tratamiento. Es así como esta primera categoría en principio pretende describir como era percibida y nombrada la noción de histeria antes de la disciplina psicoanalítica, para seguidamente visibilizar los aportes del neurólogo y fundador del psicoanálisis Sigmund Freud, desde la descripción fenomenológica de los signos y síntomas clínicos, el estudio y el viraje que con sus observaciones y descubrimientos sobre la condición humana y específicamente sobre la noción de histeria Freud nos entrega. Elementos que se pondrán en consideración frente a los planteamientos de la psiquiatría norteamericana desde los manuales de trastornos diagnósticos DSM, de los cuales me ocuparé en la segunda categoría, para poder pensar y entender, qué, de todo lo que se presenta en las enfermedades contemporáneas (tercera categoría), podría hacer parte de aflicciones psicológicas que inervan el cuerpo haciendo síntomas físicos sin lesión orgánica que lo justifique.

A continuación, un breve recuento histórico sobre la noción de histeria y su posible etiología, seguidamente se desarrollarán los principales planteamientos de la teoría psicoanalítica Freudiana sobre la noción de histeria.

### **Antecedentes históricos**

El concepto de Histeria fue previo a los planteamientos psicoanalíticos y también a la psiquiatría clásica; con el historiador británico Roy Porter (2008) quien se destacó por su trabajo en la historia de la medicina, se comprende que en las primeras civilizaciones no existía el concepto de enfermedad y las alteraciones psíquicas y físicas de los seres humanos eran consideradas algo ajeno a la humanidad, asunto de los dioses, espíritus y demonios; el diagnóstico y la terapia estaban a cargo de los sacerdotes médicos y la forma de tratarlo era a través de los augurios, la adivinación y los santuarios donde se hacían sacrificios. Pero en el siglo IV y V AC comienza a darse un proceso de humanización de la locura con planteamientos

filosóficos sobre la percepción del cosmos y la condición humana a modo naturalista, donde Sócrates introduce la razón, el espíritu, las pasiones y el alma; Aristóteles plantea al hombre como animal racional; Protágoras plantea al hombre como la medida de todas las cosas y es a partir de allí que emerge un tratamiento médico de la locura. La medicina griega hipocrática planteó que es del cerebro de donde provienen los placeres y pesares del hombre, por lo que es el cerebro, el que genera la locura; así la salud y la enfermedad se explicaba en términos de secreciones elementales llamadas “humores” los cuales eran sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra. La ausencia o el exceso de uno de estos fluidos y la combinación entre ellos daban como resultado la disposición psicológica o personalidad. A partir de este sistema, la medicina griega comienza a explicar la enfermedad mental y otras alteraciones psíquicas, Hipócrates decía (como se citó en Porter, 2008), que

Los hombres deben saber que es del cerebro y solo del cerebro, que provienen nuestros placeres, alegrías, risas y bromas, lo mismo que nuestros pesares, penas congojas y lágrimas... y es éste mismo el que nos torna locos o delirantes, nos inspira temor o miedo ya sea de noche o de día, produce insomnios, desatinos intempestivos, ansiedades sin sentido, distracciones, y actos contrarios a la costumbre. (p. 45)

Según Porter (2008), la ciencia grecorromana hipocrática planteaba un concepto de la enfermedad mental como una enfermedad corporal y las enfermedades del ánimo siempre estuvieron ligadas en la antigüedad clásica a enfermedades del cuerpo, de localización cerebral o visceral y con efectos específicos sobre la psique. Así la histeria era explicada por el sofoco uterino que expedía un vapor por todo el cuerpo generando obstrucción digestiva, sensación de asfixia, alteraciones en las extremidades y en el abdomen, compulsiones y paroxismos, que solían ser confundidos con posesiones demoníacas.

Es desde esta concepción que en el medioevo la histeria fue concebida como una enfermedad del útero por lo que se le atribuyó solo a las mujeres con insatisfacción o privación sexual en tanto vírgenes, viudas o porque habían perdido el flujo menstrual; explicación que se mantenía en la lógica de las creencias religiosas y la concepción médica tradicional que explicaba la histeria desde la anatomía, combinando para la época ambas explicaciones y así mismo sus formas de abordarla combinando la religión y la ciencia de ese entonces.

En la edad Media la hysteria, Ligada desde Hipócrates - a quien se atribuye dicho término— al útero y, de rondón, a la abstinencia e insatisfacción sexual, Galeno había abundado más aún en esta articulación al afirmar taxativamente: "Se sabe que esta enfermedad afecta de manera particular a las viudas y, sobre todo, a aquellas que han sido regulares en su menstruación, fértiles, receptivas y ardientes ante los avances de su marido. (Álvarez et Al., 2009, p. 44)

Según Álvarez et Al. (2009), en el siglo XVI, inicio del mundo moderno y hasta el siglo XVII, lo que podríamos nombrar como alteraciones psíquica se relacionaron con posesiones demoníacas y brujería, concepción que se combinó con el discurso médico de la época, así se pensó que la “locura sagrada” era una consecuencia de la posesión divina y los delirios religiosos con convulsiones, éxtasis, temblores, entre otros, se vincularon con la sabiduría, lo divino y lo demoníaco, muchos de estos casos se trataban probablemente de cuadros histéricos. No obstante, al lado de las explicaciones enraizadas en las creencias populares surgían médicos y pensadores como Thomas Sydenham (1624-1689) conocido como el Hipócrates inglés, el cual fue un empirista clínico, creador del concepto de “especie morbosa” y a quien se le acuña la primera versión moderna de enfermedad. Sydenham (como se citó en Álvarez et Al., 2009) en 1682 describió la histeria como “una especie morbosa que podía afectar tanto a mujeres (histeria

stricto sensu) como a hombres (hipocondría)” y manifiesta que el mecanismo productor de la histeria no tenía que ver con el útero, sino con la "ataxia de los espíritus animales", esto quiere decir una dificultad de coordinación de los movimientos en el funcionalismo nervioso, propio de las enfermedades neurológicas. Y a continuación expresa:

Enumerar simplemente todos los síntomas de la histeria conllevaría un trabajo ímprobo en la medida que son numerosos. A veces no son tan numerosos como variados, proteiformes y camaleónicos. No sólo son muchos, sino también polimorfos por su génesis y diferentes de los de otras enfermedades. Es un fárrago de fenómenos desordenados e irregulares. (p. 60)

Y además señala la capacidad de las histéricas para "imitar cualquier enfermedad humana", perfilando así el mecanismo de la identificación, del cual se ocuparán los médicos del siglo XIX y al que Sigmund Freud le dará una significación muy concreta que retomaré posteriormente. Así, el planteamiento de Sydenham sobre la histeria, fue un aporte fundamental al estudio de ésta al desmarcarla de la concepción anatómica y organicista tradicional y de la creencia de que era una enfermedad de las mujeres, comenzando con ello una perspectiva moderna sobre la patología mental que aporta a la nosología de las enfermedades nerviosas para esa época, aunque el proceso de asimilación de estos planteamientos no se dejó ver en su inmediatez, por el contrario, persistían las concepciones tradicionales y creencias populares.

Sin embargo, a Sydenham se suman aportes de otros autores de este período, localizado en la transición del siglo XVII al XVIII: Hermann Boerhaave (1668-1738), Friedrich Hoffmann (1660-1742) y Georg Ersnt Stahl (1660-1734), los cuáles desarrollan formulaciones sobre el concepto de "enfermedad nerviosa" que vendría a ocupar, para ese momento, un nuevo nombre para la histeria. (Álvarez et Al., 2009, p. 618).



Es con William Cullen (1710-1790) que el término de “enfermedades nerviosas” -en donde fue incluida la histeria desde los planteamientos de Sydenham- utiliza por primera vez el término "neurosis" en su *Synopsis Nosologiae Methodicae* (1769) y más tarde en sus *First Lines of the Practice of Physick* (1777). Este concepto de neurosis, en Cullen, hacía referencia a todas las afecciones generales del sistema nervioso en la lógica del sentido y del movimiento, es decir de lo sensorial y de lo motor, pero su planteamiento no negaba la lesión anatómica (Álvarez et Al., 2009, p. 62).

Paul Briquet, (1796-1881) siguiendo los planteamientos de Sydenham, Cullen y otros, en relación a las enfermedades nerviosas - a quien se le acuña un tipo de trastorno de la personalidad llamado síndrome de Briquet, que se clasifica como trastornos de síntomas somáticos-, señaló frente a la histeria que: “para mí la histeria es una neurosis del encéfalo, cuyos fenómenos aparentes consisten principalmente en la perturbación de los actos vitales que sirven a la manifestación de las sensaciones afectivas y de las pasiones” (Briquet, en Didi-Huberman, G. 2007, p. 102). Sostenía que la histeria era una enfermedad de la impresión, de la impresionabilidad:

Existe en el eje encéfalo-raquídeo una división del sistema nervioso consagrada a recibir las impresiones afectivas, es decir, la acción de las causas que, provenientes del exterior o de la intimidad de los órganos, producen el placer o el dolor tanto físicos como psíquicos. (...) Podemos considerar la histeria como el producto del sufrimiento de la porción encefálica destinada a recibir las impresiones afectivas y las sensaciones. (Briquet, 1859, en Didi Huberman, G., 2007, p.102)

Esto es pensarla como una enfermedad de las emociones y los afectos que además según el autor era localizable en el órgano del encéfalo. Siguiendo el recorrido etiológico tenemos,

hasta finales del siglo XIX, que el concepto de histeria en la antigüedad fue ligada al útero, posteriormente al encéfalo (Willis, Georget y Briquet) y a los nervios (Bernheim), donde el empirista Sydenham aporta una visión moderna a la patología mental al reflexionar sobre la histeria y plantear que no es una enfermedad exclusiva de las mujeres, que sus síntomas son polimorfos por su génesis y señala la capacidad de la histeria de imitar cualquier enfermedad humana -planteamiento del cual Freud se ocupará posteriormente-, y a finales del siglo XIX la histeria terminaría por ocupar un lugar destacado entre los trastornos psíquicos ante el trabajo que inicia el neurólogo Jean-Martin Charcot siguiendo los lineamientos de la escuela de la Salpêtrière. Podríamos decir que hasta dicho momento el pensamiento sobre la histeria se recogía en la afirmación del médico Francés Charles Laségue quien afirmó en 1878: "La definición de la histeria jamás ha sido dada y nunca lo será. Los síntomas no son ni tan constantes ni tan uniformes, ni tan iguales en duración e intensidad para que un tipo descriptivo pueda comprender todas las variedades" (Álvarez et Al., 2009, p. 88), mostrando lo complejo que resultaba para un enfoque médico el poder dar cuenta de todos los síntomas y signos de una enfermedad que rompía con la uniformidad, las constantes de las variables y la categorización desde la nosología descriptiva.

Con Huberman (2007), podemos entender que en el siglo XIX, la anatomía patológica se concentró en ordenar la enfermedad, los síntomas y principalmente subsumir ese reordenamiento a partir de una localización originaria de la enfermedad, considerándola, a partir de allí, menos un síntoma que una lesión, lo que implicaba que una enfermedad debía ser definida por su sede, pero el tema se complejizaba en relación a las neurosis. Gilles De la Tourette, G., (como se citó en Huberman, 2007) decía:

por desgracia, desde este punto de vista, la histeria forma parte del dominio de las neurosis, es decir, de las enfermedades sine materia o al menos cuya «materia» está aún por descubrir. Las autopsias de histéricas que han sucumbido bien por ataques de espasmos o por anorexia, o bien por afecciones sobrevenidas, no han revelado, aparte de las lesiones propias de las enfermedades añadidas a ella, nada palpable, nada orgánico, en una palabra. (p. 99)

Fueron los neurólogos quienes pensaron para este momento en el poder de la sugestión para el tratamiento de la histeria.

En el año de 1870 en el hospital parisino de la Salpêtrière, el neurólogo Jean-Martin Charcot (1825-1893) emprendió una revisión de la histeria aplicándole los principios de la semiología médica anatomoclínica, desarrollados por la escuela de la Salpêtrière, estudiando así la histeria como una enfermedad neurológica, describe los cuadros clínicos típicos, luego explica los fenómenos desde las lesiones anatomopatológicas y de esa manera logra darle un lugar por fuera de las otras enfermedades nosológicas y aislarla como “la gran histeria” caracterizándola en cuatro fases típicas: epileptoide, grandes movimientos, actitudes pasionales y delirio terminal (Álvarez et Al., 2009, p. 88-89).

En 1882, por la atención, los estudios y presentación de casos de Charcot en la Salpêtrière, la histeria y el hipnotismo se situaron en el centro de la investigación científica. El planteamiento de Charcot a partir de sus observaciones y tratamiento fue, que el síntoma histérico era el resultado de una autosugestión que se daba por un traumatismo. Sin embargo, su estudio apoyado con sus discípulos, no fue concluyente tampoco en el terreno de la etiología y lo patogénico. No se prueba la lesión anatómica ni lo traumático como explicación sobre los síntomas histéricos:

ante la ausencia de toda lesión anatómica, el interés de Charcot se desplazó paulatinamente hacia las "lesiones funcionales" o "dinámicas", erigiendo a partir de estas consideraciones una teoría de la histeria traumática. Una vez más Laségue volvía a tener razón, pues la histeria desafiaba y subvertía cualquier principio médico con el que se intentara aprehenderla. (Álvarez et Al., 2009, p. 89)

Por otro lado, el médico y profesor de medicina interna Hippolyte Bernheim (1840-1919) rebatió los planteamientos de Charcot y seguidor de los principios fisiopatológicos alemanes antes que de los anatomoclínicos parisinos, Bernheim plantea las manifestaciones histéricas como fenómenos emotivos, así la histeria bajo esta teoría comienza a ser concebida como una psiconeurosis emocional.

Joseph Babinski, discípulo de Charcot (1857-1932) destacó el origen representativo (ideativo) de los síntomas histéricos y el papel que desempeñan los fenómenos transferenciales o sugestivos en su producción, así como la frecuente presencia de simulaciones. Más acorde con tales planteamientos, en 1901 propuso el nombre "pitiatismo" para enmarcar ese conjunto de fenómenos reproducibles por sugestión y persuasión. (Álvarez et Al., 2009, p. 90)

Con este planteamiento de Babinski, se sostiene que las manifestaciones histéricas son imaginarias, generadas por sugestión y curables a través de la persuasión.

Las enseñanzas de Charcot en la Salpêtrière, a pesar de los cuestionamientos y las críticas fueron una referencia importante en la psicopatología de las neurosis. Sigmund Freud y Janet acudieron a las presentaciones de enfermos y conferencias para observar el trabajo realizado por Charcot, con efectos posteriores en el interés de Freud por la histeria.

Se puede concluir a partir de los antecedentes descritos aquí sobre el trato a la histeria antes de Charcot y con la investigación y el estudio metódico de éste sobre la neuropatología de la histeria que no se pudo comprobar con argumentos sólidos, coherentes y claros los fundamentos organicistas, fisiológicos y neuroanatómicos de la enfermedad, como tampoco circunscribirla a una clasificación médica, aunque éste también pretendía hacerlo. Esto, y posiblemente el interés y escucha que otro neurólogo tuvo con las histerias, desatendidas tal vez por lo imposible que fue para los médicos de la época entender el fenómeno más allá del esquema de la medicina, llevó a que Sigmund Freud quisiera ocuparse de lo que en la histeria generaba enigma y se le comenzara a comprender desde otra dimensión, más allá de lo neurocerebral, que sería el marco topológico del psicoanálisis.

### **Primer momento de Freud y la histeria: la herencia nerviosa y el trauma sexual infantil**

Los primeros momentos del estudio de Freud frente a la Histeria están determinados por su formación como médico neurólogo que comienza a cuestionar y a romper los paradigmas de la ciencia que la explican desde la fisiología y la neuroanatomía y por la influencia de los estudios con Charcot en la Salpêtrière y su disposición e interés investigativo para escuchar a sus pacientes.

En ese primer momento del Freud neurólogo que cuestiona su propio saber médico, desarrolla de manera descriptiva los signos clínicos de la histeria y hace una crítica a los prejuicios de la época en relación al fenómeno de la histeria:

Autores tanto alemanes como ingleses suelen todavía hoy aplicar arbitrariamente los rótulos de «histeria» e «histérico», y arrojar en una misma bolsa «histeria» con nerviosidad general, neurastenia, muchos estados psicóticos y diversas neurosis que todavía no han sido destacadas del caos de las afecciones nerviosas. En cambio, Charcot establece que «histeria» es

un cuadro patológico bien deslindado y separado, que se puede discernir con la mayor claridad en los casos extremos de la llamada «grande hystérie» (o histero-epilepsia). Además, es histeria aquello que, en formas más leves y rudimentarias, se puede situar en una misma serie con el tipo de la grande hystérie y poco a poco se desdibuja hasta llegar a lo normal (Freud, S., 1976j, p. 46).

Con Freud (1976j) podemos describir, para su época, los síntomas de la gran histeria de la siguiente manera:

Ataques convulsivos, los cuales son precedidos por unos signos de presión en el epigastrio, opresión en la garganta, martilleo en las sienes, zumbido en los oídos, o partes de este complejo de sensación, las cuales pueden representar por sí solas un ataque y refiere el término de globus hystericus, el cual consiste en una sensación de espasmo faríngeo, de una bola que subiría del epigastrio a la garganta. Refiere que el ataque cumple tres fases: la “epileptoide”, que asemeja a un ataque epiléptico común, luego mostrará los «grands mouvements», que refieren a movimientos de gran envergadura como las formas de contorsiones y similares, con una fuerza característica y por último una fase alucinatoria, del ataque histérico donde muestra «attitudes passionelles», posturas y ademanes que corresponden a unas escenas apasionadas que el enfermo alucina y suele acompañar con las palabras correspondientes.

Zonas histerógenas, las cuales hacen referencia a lugares hipersensibles del cuerpo cuya estimulación leve desencadena un ataque, por sensación proveniente de dicho lugar. Estos lugares pueden tener su sede en la piel, en las partes profundas, huesos, mucosas, y hasta en los órganos de los sentidos.

Las perturbaciones de la sensibilidad, los cuales son los signos más frecuentes de las neurosis y serían los síntomas sobre los cuales se puede fundamentar el diagnóstico de histeria aun en las formas más rudimentarias; esto son las anestias o hiperestias con alto nivel de

extensión y de intensidad, que no aparecen a ese nivel en ninguna otra enfermedad. Es de anotar, como lo precisa Freud, que en la edad media, el descubrimiento de lugares anestésicos y no sangrantes (*stigmata diaboli*) se consideraba prueba convincente de brujería.

Perturbaciones de la actividad sensorial: que pueden afectar todos los órganos de los sentidos y como ejemplo estaría la ceguera histérica. Son las parestesias y las hiperestusias de los órganos sensoriales inferiores frecuentes en los histéricos.

Las parálisis, que casi siempre están acompañadas de anestesia de la parte del cuerpo paralizada y explica Freud, que, en las afecciones orgánicas, a diferencia de la histérica, predominan las perturbaciones de la motilidad, que aparecen independientemente de una anestesia:

Las parálisis histéricas no toman para nada en consideración el edificio anatómico del sistema nervioso, que, como es sabido, se traduce de la manera más nítida en la distribución de las parálisis orgánicas. Sobre todo, no existen parálisis histéricas equiparables a las parálisis periféricas facialis, radialis y serratis, o sea, que afecten a grupos de músculos, o a músculos y piel, en las conjunciones que son establecidas por una inervación anatómica común a ellos. (Freud, 1976j, p. 50)

Freud explica cómo éstas se caracterizan por ser de gran intensidad y se circunscriben a una determinada parte del cuerpo, mientras que las parálisis orgánicas por lo general se extienden a ámbitos mayores cuando la intensidad se acrecienta.

Las contracturas: se refiere a una inclinación general de la musculatura a responder con una contractura a estímulos leves y a diferencia de las contracturas orgánicas, no ceden mientras se duerme y su intensidad no varía por obra de la excitación, la temperatura, sólo aflojan en narcosis muy profunda, para restablecerse con toda su magnitud tras el despertar.

Y unas características generales que, identificarlas, permitirán un conocimiento para la concepción y el reconocimiento de dicha neurosis:

Los fenómenos histéricos tienen preferentemente el carácter de lo excesivo: un dolor histérico es descrito por el enfermo como doloroso en grado máximo; una anestesia y una parálisis fácilmente pueden volverse absolutas; una contractura histérica opera el máximo de contracción de que un músculo es capaz. Y a todo esto, cada síntoma puede presentarse por así decir aislado: anestesias y parálisis no van acompañadas por los fenómenos generales que en los casos de lesiones orgánicas atestiguan la afección encefálica, y que por su significación eclipsan, en general, a los síntomas focales. (Freud, 1976j, p. 52)

Sobre éstos síntomas físicos de la histeria el Freud neurólogo (1976j) muestra que hay una conjunción entre el desarrollo máximo de la perturbación y un deslinde radical, sus síntomas son móviles, es decir se desplazan por el cuerpo, refutando de antemano la conjetura de lesión material y se encontró que es resistente a todo influjo químico por medicación interna, y que reacciona de manera directamente anómala frente a narcóticos como la morfina y el clorhidrato.

Lo que popularmente se suele calificar de «temperamento histérico» —la inconstancia de la voluntad, los cambios de talante, el acrecentamiento de la excitabilidad con relajación de todos los sentimientos altruistas— puede presentarse en la histeria, pero no es absolutamente necesario para su diagnóstico... Los síntomas psíquicos tienen su significatividad para el cuadro total de la histeria, pero no son más constantes que los síntomas físicos tomados por separado, los estigmas. En cambio, las alteraciones psíquicas, que es preciso postular como base del status histérico, se despliegan por entero en el ámbito de la actividad encefálica inconsciente, automática. Quizá quepa destacar



todavía que en la histeria el influjo de procesos psíquicos sobre los procesos físicos del organismo está acrecentado (como en todas las neurosis), y que el enfermo de histeria trabaja con un excedente de excitación en el sistema nervioso, el cual se exterioriza ora inhibiendo, ora estimulando y es desplazado con gran libertad dentro del sistema nervioso. (Freud, 1976j, p. 54-55)

Con esto, Freud plantea que los síntomas psíquicos que podrían dar cuenta de un temperamento histérico pueden ser menos constantes que los síntomas físicos anteriormente mencionados e igualmente éstos tienen una alta incidencia sobre los procesos físicos del organismo porque están aumentados, pero igualmente señala que ello es propio de toda neurosis. Para esta época Freud (1893) hace referencia a que, al lado de los síntomas físicos de la histeria, hay una serie de perturbaciones psíquicas que tendrían que ver con la asociación de representaciones, de inhibiciones de la actividad voluntaria y de sofocación de sentimientos y sobre esto, en el texto *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1893), se vale del ejemplo de las parálisis histéricas para indicar que éstas son a su vez una parálisis de representación, pero de una representación especial que debe ser descubierta y en un pie de página expresa:

Señalaré de paso que el importante carácter de la parálisis histérica de la pierna comprobado por Charcot de acuerdo con Todd, a saber, que el histérico arrastra la pierna como una masa muerta en lugar de ejecutar la circunducción con la cadera que es propia de la hemiplejía ordinaria, se explica fácilmente por el rasgo de la neurosis que he mencionado. En la hemiplejía orgánica, la parte central de la extremidad queda siempre un poco indemne, el enfermo puede agitar la cadera y aprovecha esto para ese movimiento de circunducción que hace adelantar la pierna. En la histeria, la parte central

(la cadera) ya no goza de ese privilegio, la parálisis es tan completa en ella como en la parte periférica, y, en consecuencia, la pierna tiene que ser arrastrada como una masa.

(Freud, 1893, p. 200)

Freud (1893) a lo que se refiere, desde su conocimiento en neurología, es a que si no existe una lesión orgánica que pruebe la lesión o discapacidad y la histeria se comporta en su parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, mostrando una delimitación exacta y una intensidad excesiva, habría que buscar dicha lesión histérica por fuera de la anatomía del sistema nervioso. Es así como Freud procura mostrar que puede existir una alteración funcional sin lesión orgánica y al no encontrar elementos contundentes en la ciencia médica, se permite apelar al terreno de la psicología para explicarlo:

afirmo con Janet, que es la concepción trivial, popular de los órganos y del cuerpo en general la que está en juego en las parálisis histéricas, así como en las anestias, etc. esta concepción no se funda en el conocimiento ahondado de la anatomía nerviosa, sino en nuestras percepciones táctiles y sobre todo, visuales. (Freud, 1893, p. 207)

Es así como plantea que la parálisis histérica es una alteración de la concepción (representación), es decir de la idea que se tiene de la parte del cuerpo implicada, donde hay un monto de afecto que se atribuye por asociación a esa parte del cuerpo, así:

en todos los casos de parálisis histérica uno halla que el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación subconsciente, provista de un gran valor afectivo y se puede mostrar que el brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra. Por lo que la concepción de brazo existe en el sustrato material, pero no es accesible para las asociaciones e impulsiones conscientes porque toda su afinidad

asociativa, por así decir, está saturada en una asociación subconsciente con el recuerdo del suceso, del trauma, productor de esa parálisis. (Freud, 1893, p. 209)

Este planteamiento le da entrada, en la explicación sobre las neurosis, al peso que tiene una representación o concepción que un sujeto logra hacer por ejemplo sobre su cuerpo o una parte de éste, dejando el psicoanálisis Freudiano las pistas que más adelante el psicoanálisis Lacaniano desarrolla sobre el inconsciente estructurado como un lenguaje, el cual no se desarrollará en este trabajo por no ser el objeto central de estudio.

Hasta aquí tenemos con Freud, neurólogo, que la etiología de la histeria no está en lo orgánico, lo anatómico y lo fisiológico; autorizándose en Charcot e influenciado por éste, apela a la psicología para explicar cómo la lesión o perturbación física histérica puede explicarse desde la asociación o representación que tiene para el histérico la parte afectada en tanto monto de afecto puesto allí; plantea también que sus síntomas dejan ver una intensidad excesiva, con una delimitación exacta, y que es una diátesis nerviosa, que de tiempo en tiempo produce estallidos. Y para este momento, acoge sobre la teoría etiológica de las neurosis lo planteado por Charcot sobre el papel que se le atribuye a la herencia nerviosa:

la etiología del status hystericus ha de buscarse por entero en la herencia: los histéricos están siempre dispuestos por herencia a unas perturbaciones de la actividad nerviosa, y entre sus parientes se encuentran epilépticos, enfermos psíquicos, tábicos, etc. También se observa una trasferencia hereditaria directa de la histeria, que, por ejemplo, está en la base de la aparición de histeria en muchachos (por herencia materna). (Freud, 1976j, p. 55)

Más adelante y específicamente en su trabajo de *La herencia en la etiología de la neurosis*, que data de 1896, Freud cuestiona la herencia como explicativa a la etiología de la

neurosis y comienza a apartarse del planteamiento de Charcot y sus discípulos. Refiere como en la patología nerviosa aparece la herencia similar y la disímil. Esta última deja lagunas en la explicación etiológica de la herencia. Consiste en que los miembros de una familia pueden estar afectados por neuropatías diversas, funcionales y orgánicas, sin que se pueda distinguir una ley que dirija la sustitución de una enfermedad por otra, ni el orden de éstas a través de las generaciones. En esas familias donde existen personas enfermas, permanecen otros sanos y la teoría de la herencia disímil no explica el por qué una persona soporta la carga hereditaria sin sucumbir a ella, ni por que otro del grupo familiar se enferma de una afección nerviosa y no de las otras que hacen parte de esa herencia familiar y con ello plantea que:

es preciso conceder que no es la herencia la que preside la elección de la neuropatía que se desarrollará en el miembro de una familia predispuesta, sino que cabe suponer la existencia de otros influjos etiológicos de naturaleza menos comprensible, que merecerían entonces el nombre de etiología específica de tal o cual afección nerviosa. Sin la existencia de ese factor etiológico especial, la herencia no habría podido nada (Freud, 1896, p. 145)

A lo que se refería con “otros influjos etiológicos”, es a lo que desarrolla más adelante sobre las influencias sexuales como causas específicas de las neurosis. Es así como renuncia a la explicación de la herencia en la etiología explicativa de la histeria y la neurosis en general y comienza a darle un valor central a la sexualidad desde la teoría del trauma:

Remontándome hacia atrás en el pasado del enfermo, paso a paso y dirigido siempre por el encadenamiento de los síntomas, de los recuerdos y de los pensamientos despertados, he llegado por fin al punto de partida del proceso patológico y no pude menos que ver que en todos los casos sometidos al análisis había en el fondo la misma cosa, la acción de

un agente al que es preciso aceptar como causa específica de la histeria. Sin duda se trata de un recuerdo que se refiere a la vida sexual, pero que ofrece dos caracteres de la mayor importancia. El acontecimiento del cual el sujeto ha guardado el recuerdo inconsciente es una experiencia precoz de relaciones sexuales con irritación efectiva de las partes genitales, resultante de un abuso sexual practicado por otra persona, y el período de la vida que encierra este acontecimiento funesto es la niñez temprana [premiere jeunesse], hasta los ocho a diez años, antes que el niño llegue a la madurez sexual. Experiencia sexual pasiva antes de la pubertad: tal es, pues, la etiología específica de la histeria. (Freud, 1896, p. 151)

Para este momento, en relación a la herencia nerviosa, refiere que por sí sola no puede producir las psiconeurosis si está ausente la etiología específica de éstas, que sería un evento sexual en la niñez temprana que se conserva como una huella psíquica inconsciente y que en la pubertad se despierta; que debido al cambio de la pubertad ese recuerdo despliega un poder que faltó en el acontecimiento mismo: “El recuerdo obra como si fuera un acontecimiento actual, hay por así decir, acción póstuma (posthume) de un trauma sexual” (Freud, 1896, p. 153).

Sin embargo esta teoría del trauma sexual infantil para explicar la etiología de la histeria también es abandonada por Freud en tanto evento real traumático, cuando producto de los análisis a sujetos histéricos y sus observaciones, comprende que en sus narrativas habían asuntos que si bien tenían una connotación sexual e infantil, no necesariamente habían sucedido en la realidad fáctica de estos pacientes y hace público por primera vez en 1905, el planteamiento al respecto en el artículo *Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis*, aunque de manera personal estas inquietudes las compartió a su amigo Fliess en la carta 69 de 1897 cuando le expresa: “Ya no creo más en mi neurótica”. Demuestra lo no válido del trauma

en tanto no es necesariamente un evento real acaecido en la infancia, pero se mantiene en el valor de la sexualidad y el infantilismo, esto es la sexualidad infantil, como influjos etiológicos fundamentales en la histeria:

Quien aprende a interpretar el lenguaje de la histeria puede percibir que la neurosis no trata sino de la sexualidad reprimida de los enfermos. Basta para ello con que la función sexual se comprenda en su alcance justo, el delimitado por la disposición infantil. (Freud, 1905, p. 270)

### **Segundo momento de Freud y la histeria: la fantasía sexual**

Con Freud (1905) se puede comprender que al corregir la teoría del trauma sexual infantil, se altera la concepción del mecanismo de los síntomas histéricos, es decir, ya no se mostraban como retoños directos de los recuerdos reprimidos de vivencias sexuales infantiles, sino que entre los síntomas y las impresiones infantiles se intercalaban las fantasías (invenciones de recuerdos) de los enfermos, las cuales se construían a partir de recuerdos infantiles y por otro lado se cruzaban directamente en los síntomas. Este concepto de fantasía histérica permitió entender, entre otras cosas, la forma como se ensamblaba la neurosis.

En el período de 1908 en el texto *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*, Freud concibe la fantasía como unos cumplimientos de deseos que surgen de la privación y la añoranza, que pueden venir de sueños inconscientes o conscientes (diurnos) que fueron reprimidos y una vez inconscientes pueden volverse también patógenas, es decir expresarse en síntomas. Fantasías inconscientes que tienen un vínculo con la vida sexual de un sujeto:

Para toda una serie de síntomas histéricos, entonces, las fantasías inconscientes son los estadios psíquicos previos más próximos. Los síntomas histéricos no son otra cosa que las

fantasías inconscientes figuradas mediante «conversión», y en la medida en que son síntomas somáticos, con harta frecuencia están tomados del círculo de las mismas sensaciones sexuales e inervaciones motrices que originariamente acompañaron a la fantasía, todavía consciente en esa época. De esta manera en verdad es des-hecha la deshabitación del onanismo; y la meta última de todo el proceso patológico, restablecer la satisfacción sexual en su momento primaria, si bien nunca se consuma así, es alcanzada siempre en una suerte de aproximación. (Freud, S. 1908, p. 143)

De otro lado es importante anotar que dentro del contexto de la concepción modificada acerca de los «traumas sexuales infantiles» y aun antes de adjudicar a la sexualidad el lugar central en la etiología, Freud había planteado y mantenía que la eficacia patógena de una vivencia estaba sujeta a una condición: tenía que resultarle intolerable al yo, y provocar en él un esfuerzo defensivo (Freud, 1894) y había remitido a esta defensa la escisión psíquica o escisión de conciencia de la histeria:

Si la defensa prevalecía la vivencia intolerable era arrojada de la conciencia y del recuerdo del yo junto con sus secuelas afectivas; pero en ciertas circunstancias, lo arrojado desplegaba su eficacia como algo ahora inconsciente y regresaba a la conciencia por medio de los síntomas y de los afectos adheridos a ellos. De tal suerte, la contracción de la enfermedad correspondía a un fracaso de la defensa. (Freud, 1905, p. 268)

Esto también permitió sustento para pensar en términos freudianos el concepto de normal y anormal, en tanto dejaba aproximar así los procesos anímicos de la histeria a los normales, en vez de situar lo característico de la neurosis en una perturbación enigmática:

Por tanto, no importaban las excitaciones sexuales que un individuo hubiera experimentado en su infancia, sino, sobre todo, su reacción frente a estas vivencias: si

había respondido o no con la «represión» a esas impresiones. Respecto de la práctica sexual espontánea de la niñez, se demostraba que a menudo era interrumpida en el curso del desarrollo por un acto de represión. Así, el individuo neurótico genésicamente maduro traía consigo de su infancia, por regla general, una cuota de «represión sexual» que se exteriorizaba a raíz de los reclamos de la vida real; y los psicoanálisis de histéricos mostraban que contraían su enfermedad como resultado del conflicto entre la libido y la represión sexual, y que sus síntomas tenían el valor de compromisos entre ambas corrientes anímicas. (Freud, 1905, p. 268)

### **Tercer momento de Freud y la histeria: la teoría de la sexualidad**

Freud plantea decididamente el carácter sexual y fundamental de los síntomas en las neurosis y manifiesta que en “El síntoma histérico nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual, mientras que la otra se empeña en sofocarlos” (Freud, 1908, p. 145) y aunque dicho síntoma puede reemplazar otras mociones inconscientes no sexuales, siempre lo acompañará su significado sexual.

Quedando claro que en la fantasía sexual inconsciente de la histeria hay una vía a la realización de un deseo reprimido, se muestra también que ante el número de síntomas en un sujeto, hará falta dos fantasías sexuales que poseen una un carácter masculino y la otra uno femenino, planteando con ello que una de esas fantasías corresponde a una moción homosexual, esto es: “El síntoma histérico corresponde necesariamente a un compromiso entre una moción libidinosa y una moción represora, pero además de ello puede responder a una reunión de dos fantasías libidinosas de carácter sexual contrapuesto” (Freud, 1908, p. 145), es decir un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconsciente masculina, por una parte, y



femenina, por la otra. Planteamiento que le permite a Freud enunciar que hay una pregunta sobre cuestiones sexuales y un amor que se dirige hacia otra mujer, que no necesariamente implica una elección homosexual, desarrollo posterior que agregó años después en una nota de pie de página en el texto *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*, donde dice lo siguiente:

No atiné a colegir en el momento oportuno, y comunicárselo a la enferma, que la moción de amor homosexual (ginecófila) hacia la señora K. era la más fuerte de las corrientes inconscientes de su vida anímica. Habría debido conjeturar que ninguna otra persona que la señora K. podía ser la fuente principal del conocimiento que Dora tenía de cosas sexuales: la misma persona que la acusó por el interés que mostraba hacia tales asuntos. Era bien llamativo que supiera todas esas cosas chocantes, y nunca quisiera saber de dónde las sabía. [Cf. pág. 29.] Habría debido tratar de resolver ese enigma y buscar el motivo de esa extraña represión. El segundo sueño me lo podría haber traslucido. La implacable manía de venganza que este sueño expresaba era más apta que ninguna otra cosa para ocultar la corriente opuesta: la nobleza con que ella perdonó la traición de la amiga amada y ocultó a todos que fue ella, justamente, quien le hizo las revelaciones sobre cuyo conocimiento la calumnió después. Antes de llegar a individualizar la importancia de la corriente homosexual en los psiconeuróticos me quedé muchas veces atascado, o caí en total confusión, en el tratamiento de ciertos casos. (Freud, 1905, p. 105)

Freud aquí nombra como la moción de celos femeninos, estaba acoplada en el inconsciente con unos celos masculinos y expresa que “estas corrientes de sentimientos varoniles o, como es mejor decir, ginecófilos han de considerarse típicas de la vida amorosa inconsciente de las muchachas histéricas” (Freud, 1905, p. 56), es decir, una erotización y atracción

inconsciente por las mujeres sin importar el tipo de orientación sexual que la defina. Esto lo podemos explicar a partir del concepto de identificación que desarrollara en psicología de las masas y análisis del yo en el año 1921 donde al referirse a ésta, plantea que es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona por lo que tiene un papel fundante en la prehistoria del sujeto y su complejo de Edipo, donde no solo hay identificación, sino otro tipo de ligazón amorosa que no debe confundirse con la identificación. Con Freud (1921) se puede entender que la identificación se presenta en el complejo de Edipo, cuando el sujeto toma como ideal a alguna de las figuras parentales, que es diferente a tener una elección de objeto sexual apuntalada en una de las dos figuras. La diferencia depende de si la ligazón recae en el sujeto o en el objeto del yo, es decir en la identificación el yo copia un rasgo de la persona objeto que puede ser cualquier cosa y como ejemplo podemos tomar los síntomas y su formación como en el caso Dora, que toma por identificación al padre, su afonía incorporando el objeto en el yo. Diferente a tomarlo como el objeto de las pulsiones sexuales que refiere al otro que se quiere tener. La postura ginecófila de Dora, pudo pensarse entonces como una postura histérica erotizada que sentía atracción inconsciente por la mujer (señora K) en tanto pregunta por lo femenino sin importar el tipo de orientación sexual que la definía. Esto pudo llevarla a hacer síntomas que tenían una función específica en su psiquismo. Esto permite a su vez entender como un sujeto histérico puede apelar a la identificación de una enfermedad o de un rasgo de una enfermedad que le representa en su psiquismo algo relacionado con un evento o persona significativa y que solo a través de la identificación al síntoma logra significarlo.

Lo anterior nos lleva a recoger de manera sucinta y más explícita el concepto de síntoma que se ha venido desarrollando entre líneas durante el desarrollo de ésta categoría sobre la etiología de la histeria en la teoría psicoanalítica Freudiana y para ello cogeré los planteamientos

de 1925 en su texto de *Inhibición, síntoma y angustia* en donde define al síntoma como: “índice y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, resultado de un proceso represivo” (Freud, 1925, p. 87). Valiéndose de la metapsicología psicoanalítica plantea el mecanismo a partir de la segunda tópica que explica al aparato psíquico, donde el yo como una de las instancias psíquicas, niega las incitaciones del Ello, pues de cumplirse sus designios traerían un displacer, produciendo una señal de angustia que inhibe al Ello. El síntoma sería entonces, tanto parte del yo como del ello, y por tanto es nombrado como una formación de compromiso, pues es una satisfacción sustitutiva del Ello, y también una satisfacción de la defensa y de los intereses del Yo. Sustituto en tanto el empuje de satisfacción de la pulsión que viene del Ello, pues las representaciones a las cuales se encuentra ligada la pulsión son inconscientes, y, por tanto, están ligadas a los procesos de desplazamiento y condensación. Sin embargo, dice Freud (1925) no en todas las ocasiones, un síntoma es una satisfacción sustitutiva, pues puede ser ocasionada por una falla en la represión.

La perturbación parte del síntoma, que sigue escenificando su papel de correcto sustituto y retoño de la moción reprimida, cuya exigencia de satisfacción renueva una y otra vez, constriñendo al yo a dar en cada caso la señal de displacer y a ponerse a la defensiva. La lucha defensiva secundaria contra el síntoma es variada en sus formas, se despliega en diferentes escenarios y se vale de múltiples medios. (Freud, 1925, p. 96)

En este mismo texto, define la inhibición como un mecanismo del Yo, para evitar conflictos entre el Ello y el Superyó. A su vez, define la angustia como un afecto displacentero que tiene acciones de descarga. La angustia se produce ante el peligro; la angustia será ocasionada por el Yo, que la activa ante la presencia de un peligro proveniente del interior, el cual se liga al temor a la castración. De esta manera, el lugar de la angustia será el Yo,

provocando procesos defensivos que van contra las representaciones inaceptables, y es ante el fracaso de la represión que se generan los síntomas. Entonces, los síntomas son producto de la huida interna de la angustia.

la parálisis motriz es la defensa frente a una acción que habría debido ejecutarse en aquella situación, pero fue inhibida; la contractura suele ser un desplazamiento hacia otro lugar de una inervación muscular intentada entonces, y el ataque convulsivo, expresión de un estallido afectivo que se sustrajo del control normal del yo. (Freud, 1925, p. 106)

Según el planteamiento de Freud, en su texto de *Inhibición, síntoma y angustia* (1925), se entiende, en relación a los síntomas histéricos y sus manifestaciones, que en aquellos relacionados con la motilidad la sensación de *displacer* puede faltar por completo y el Yo se comporta como ajeno a su participación en el síntoma, mientras que, en los síntomas referidos a la esfera sensorial, se registran claras sensaciones de *displacer* e inclusive mostrarse aumentadas o excesivas y anota:

Sólo cuando la sensibilidad dolorosa de una parte del cuerpo se ha convertido en síntoma puede este desempeñar un papel doble. El síntoma de dolor emerge con igual seguridad cuando ese lugar es tocado desde afuera y cuando la situación patógena que ese lugar subroga es activada por vía asociativa desde adentro, y el yo recurre a medidas precautorias para evitar el despertar del síntoma por la percepción externa. (Freud, 1925, p. 107)

Desde lo desarrollado en Freud, se puede comprender que el síntoma en la histeria es considerado una representación de contenidos psíquicos, que van más allá de lo fácilmente observable, así éste se constituiría entonces como una representación que habla acerca de una

realidad que se escapa de lo fenomenológico y que además tiene la característica de desplazamiento e inervación en el cuerpo.

## **Categoría 2: La histeria en la psiquiatría norteamericana a partir de los manuales diagnósticos DSM**

En esta segunda categoría se hará un rastreo etiológico de la noción de histeria en la psiquiatría Norteamericana, a partir del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association (APA), y sus diversas versiones, debido a que en este manual convergen las visiones y concepciones de los psiquiatras norteamericanos contemporáneos, convirtiéndose el DSM en América en la herramienta de referencia para psiquiatras y clínicos afines a éstos.

El DSM es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, el cual se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva en función de crear un consenso y comunicación entre clínicos de la psiquiatría y la psicología y con el objetivo de identificar, leer, categorizar, diagnosticar y tratar las enfermedades mentales.

Para lograr identificar la etiología de la histeria en la psiquiatría norteamericana a partir de los DSM en sus diferentes versiones, se realizó la traducción del inglés al español de los capítulos o apartados en donde se rastreó el término de histeria y sus modificaciones nominativas las cuales fueron: neurosis, reacción histérica, reacción conversiva, trastornos somatomorfos, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad histriónica, trastornos facticios y de simulación. Se intentará rastrear y mirar las diversas nominaciones del concepto de histeria y sus

metonimias, en dichos manuales y con ello poder entender qué ha pasado con dicho concepto a partir de los DSM.

### **La histeria en el DSM I**

La primera versión del DSM fue realizada en el año 1952, la cual consistió en una recopilación de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-versión 4 (1948) respaldado por la OMS, el cual tiene su origen en Europa y el apoyo de dos personalidades: Meyer (psiquiatra organicista) y Menninguer (psicoanalista), además de la colaboración de los psiquiatras del Ejército Norteamericano y los médicos del instituto nacional de la salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), entre otras instituciones, lo que condicionó su orientación multidimensional, según Del Barrio (2009).

En este manual encontramos que la definición de los trastornos psiconeuróticos tiene como característica principal “la ansiedad”, “la cual puede sentirse y expresarse directamente o puede ser controlada inconsciente y automáticamente con el uso de varios mecanismos psicológicos de defensa (depresión, conversión, desplazamiento, etc.)” (DSM, 1952, p. 31). Según el DSM I (1952), la “ansiedad” es una señal de peligro que es percibida por la parte consciente de la personalidad y que se produce por una amenaza que viene del interior de la personalidad como emociones reprimidas sobrecargadas y que por un evento externo o sin éste, la persona tiene una reacción como un intento de manejar esta ansiedad. Éstas reacciones psiconeuróticas que define el DSM I, están asociadas con la histeria, pero son nombradas como reacción disociativa, reacción de conversión, reacción depresiva y otras reacciones psiconeuróticas.

Entre las reacciones a considerar en esta primera versión del DSM, que están más directamente asociadas con la noción de histeria que se ha venido desarrollando están:

### ***La reacción disociativa***

La base es la alteración neurótica y se caracteriza por una desorganización general de la personalidad que en ocasiones puede parecer ocasionalmente psicótica. “El impulso reprimido que da lugar a la ansiedad se puede descargar por, o desviar hacia, varias expresiones sintomáticas, como la despersonalización, la personalidad de tipo disociativa, el estupor, la fuga, la amnesia, el estado onírico, el sonambulismo, etc.” (DSM, 1952, p. 32).

### ***La reacción de conversión***

Según el DSM I (1952) el impulso causante de la ansiedad se convierte en síntomas funcionales en órganos o partes del cuerpo, por lo general aquellos que están principalmente bajo control voluntario. Dichos síntomas disminuyen la ansiedad consciente y simbolizan el conflicto mental subyacente y satisfacen generalmente necesidades inmediatas del paciente asociándolas con una “ganancia secundaria”, más o menos obvia. Las manifestaciones sintomáticas que describe el manual DSM I (1952, p. 33) son anestesia (anosmia, ceguera, sordera), parálisis (paresia, afonía, monoplejía o hemiplejía), discinesia (tic, temblor, postura, catalepsia).

Para la siguiente edición, afirma Del Barrio (2009) Spitzer & Endicott que trabajaban en DIAGNO (1968), un sistema de diagnóstico informatizado, encontraron graves problemas en el uso del DSM y así Endicott, Guze, Klein, Robins and Winokur asumieron la tarea de revisar el manual del DSM-I para mejorar la siguiente edición, en la cual la influencia de Meyer en representación de la psiquiatría organicista estuvo limitada, creció la influencia del psicoanálisis, de los neokrapelianos y como novedad intentaron aplicar el modelo médico a los síndromes mentales haciendo categorías sintomáticas. El resultado fue la segunda versión del DSM- II.



*Figura I.* En esta figura se resumen los trastornos asociados a la histeria que aparecían en el DSM I para el año 1952 (Elaboración propia).

Como lo señala Álvarez et al. (2009, p. 732), el DSM- I con esta propuesta intenta articular la tradición psiquiátrica y el psicoanálisis a partir del concepto de “reacción”, entendido como una forma de responder de la personalidad ante factores como lo psicológico, lo social, lo orgánico y genético entre otras y se le dio importancia a las neurosis y los mecanismos de defensa.

Si bien no se nombra la histeria como una entidad aislada, los signos clínicos y mecanismos de defensa nombrados que se describen en las reacciones disociativas y de conversión, dan cuenta de los componentes que son descritos por Freud (1976j) sobre la histeria para manifestar en el cuerpo.

### **La histeria en el DSM II**

Para la segunda versión del DSM construida en el año 1968, se pasa de nombrar “trastornos neuróticos” a la nominación de “Neurosis”, pero la definición inicial se mantiene; ampliando un poco más la explicación en relación a la histeria:



Las neurosis, en contraste con las psicosis, no manifiestan ni distorsión total o mala interpretación de la realidad externa, ni desorganización total de la personalidad. Una posible excepción a esto es la neurosis histérica, la cual algunos creen puede ocasionalmente estar acompañada por alucinaciones y otros síntomas encontrados en psicosis. (DSM II, p. 39)

Sin embargo, expone el DSM II que los pacientes neuróticos, aunque estén perjudicados por sus síntomas, son conscientes de que su funcionamiento mental está alterado, diferenciándolo de la psicosis desde allí. En esta versión se subdivide la Neurosis en neurosis de ansiedad, neurosis histérica y ésta a su vez en neurosis histérica tipo conversiva y neurosis histérica tipo disociativa, neurosis fóbica, neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis depresiva, neurosis neurasténica (neurastenia), neurosis de despersonalización (síndrome de despersonalización), neurosis hipocondríaca y otras neurosis.

Para efectos de nuestro interés categorial desarrollaré las neurosis del DSM II que pueden asociarse a la noción de histeria reseñada en la categoría anterior.

### ***La neurosis histérica***

En esta categoría se recogen lo que en el DSM I se llamó reacción conversiva y reacción disociativa. Según el DSM II (1968, p. 39) ésta se caracteriza por una pérdida psicógena involuntaria o trastorno de la actividad. Los síntomas comienzan y terminan de forma repentina en situaciones emocionalmente cargadas y son simbólicos de los conflictos subyacentes. A menudo se pueden modificar solamente por sugestión. Esta categoría se subdivide en neurosis histérica de tipo conversivo y en neurosis histérica de tipo disociativo:

#### ***Neurosis histérica de tipo conversivo***

Refiere el DSM II (1968, p. 39) que en este tipo el sistema nervioso voluntario se afecta y causa síntomas como ceguera, sordera, anosmia, anestesia, parestesias, parálisis, ataxias, acinesias y discinesias; puede mostrar una *belle indifférence* hacia estos síntomas, generando una ganancia secundaria al conseguir no asumir responsabilidades que le son desagradables. Se diferencia de los trastornos psicofisiológicos que están mediados por el sistema nervioso autónomo, de la simulación que se hace conscientemente y de lesiones neurológicas que causan síntomas anatómicamente circunscritos. (DSM II, 1968, pp. 39-40)

#### *Neurosis histérica, de tipo disociativo*

Refiere según el DSM II a alteraciones en el estado de conciencia del paciente, o en su identidad, produciendo síntomas como amnesia, sonambulismo, fuga, y personalidad múltiple.

#### *Neurosis neurasténica o neurastenia*

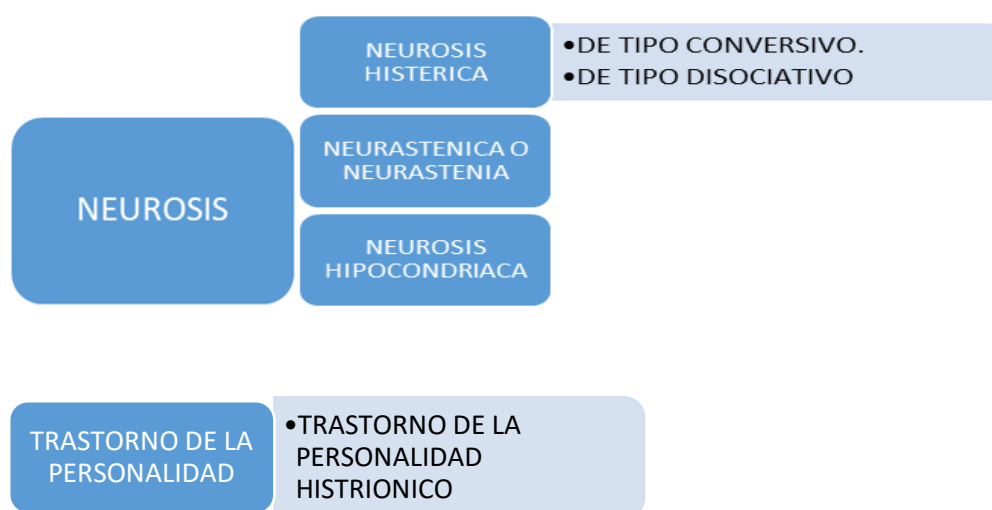
Es planteada en este DSM-II como diagnóstico nuevo y se caracteriza por afecciones de debilidad crónica, fatigabilidad y, a veces, agotamiento; refieren que a diferencia de la neurosis histérica, las afecciones del paciente son realmente angustiosas para él y no hay evidencia de una ganancia secundaria. (DSM, 1968, pp. 40-41)

#### *Neurosis hipocondriaca*

Es definida como una condición dominada por la preocupación por el cuerpo y el temor de presuntas enfermedades en diversos órganos, los temores no son de calidad delirante, como en las depresiones psicóticas, pero persisten a pesar del consuelo. La condición difiere de la neurosis histérica en que no hay pérdidas reales o distorsiones en la actividad, refiere el DSM II. (1958).

#### *Trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos.*

Este apartado incluye el trastorno de personalidad histérica o personalidad histriónico, el cual hace referencia a “patrones de comportamiento caracterizados por excitabilidad, inestabilidad emocional, reactividad elevada, y autodramatización” (DSM- II, 1968, p. 43). Y señalan esta personalidad como inmadura, egocéntrica, a menudo vana, y, usualmente, depende de otros. Refieren que debe ser diferenciado de la neurosis histérica, sin embargo, no se detienen en ello ni lo especifican.



*Figura II.* En esta figura se resumen los trastornos asociados a la histeria en el DSM II para el año 1968. (Elaboración propia).

En el DSM II el término “reacción” fue eliminado, aunque siguió los mismos lineamientos del DSM I y se observa una mayor influencia del psicoanálisis en relación a las neurosis: “La revisión limitó la influencia de Meyer, mientras creció la influencia del psicoanálisis y los neokrapelianos que juntos podían extender su uso por profesionales. Supuso la novedad de aplicar el modelo médico a los síndromes mentales haciendo clusters sintomáticos” (Del Barrio, 2009, p. 84).

### **La histeria en el DSM III**

La tercera versión del DSM construida entre los años 1977 y 1979 y publicada en el año 1980, es donde la Asociación de Psiquiatría Americana –APA- con su equipo de Nomenclatura y Estadísticas del doctor Robert Spitzer, apoyados en los planteamientos de Chodoff y Guze, deja de lado el debate teórico sobre el fenómeno histérico, y se privilegia sólo sus múltiples manifestaciones somáticas (Hylar & Spitzer, en Carvajal Vallejo, 2013, p. 11). Esta versión del manual diagnóstico y estadístico del DSM marca con mayor radicalidad la separación que la psiquiatría norteamericana hace de la influencia que en su momento pudo tener la teoría psicoanalítica y la psiquiatría clásica en las versiones anteriores del DSM en términos de etiología, procesos y lo descriptivo, pasando a una postura atórica que hace énfasis en criterios diagnósticos con bases empíricas y fenomenológicas. Los cambios fueron fundamentales en relación a las neurosis, donde la característica señalada en los dos manuales anteriores pasa a ser su nominación, así las neurosis serán definidas como trastornos de ansiedad:

En la actualidad, sin embargo, no hay un consenso en el campo sobre cómo definir “neurosis”. Algunos clínicos limitan el término a su significado descriptivo, mientras que otros incluyen también el concepto de un proceso etiológico específico. Para evitar la ambigüedad, el término trastorno neurótico debe usarse solo de manera descriptiva.

(DSM III, 1980, p. 9)<sup>1</sup>

Y además de lo anterior el DSM III (1980) en su introducción, especifica que los trastornos neuróticos fueron incluidos de manera transversal en los trastornos afectivos, de ansiedad, somatomorfos, disociativos y psicosexuales: “Estas clases de diagnóstico se enumeran juntas en la clasificación del DSM-III, para así facilitar la localización de los trastornos

---

<sup>1</sup> Traducido por María Camila Rodríguez.

neuróticos” (p. 10), dejando ver cómo se privilegia la practicidad de lo descriptivo de síntomas y signos, en función de la búsqueda de un lenguaje común y uniforme en los clínicos y desde un enfoque médico, sobre la etiología de éstos, sus posibles explicaciones que además implican debate y construcción teórica a la que el DSM renunció a partir de esta versión.

A continuación, las categorías donde se muestran manifestaciones de los signos y síntomas de la noción de histeria, desde la fenomenológica que entrega el manual en su versión III:

### *Los trastornos somatomorfos*

Hacen referencia a todos los síntomas físicos que pueden sugerir un trastorno físico, pero para los cuales no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, presumiéndose que hay una relación con factores psicológicos. Según el DSM III (1980) la producción de síntomas no está bajo control voluntario de la persona, los trastornos somatomorfos son “físicos”, pero los procesos fisiopatológicos específicos involucrados no son demostrables y se conceptualizan con más claridad usando constructos psicológicos (pp. 240-241). De esta categoría se desprenden 5 subcategorías las cuales define el DSM III (1980) (pp. 241-251) de la siguiente manera:

*El trastorno somático (antes histeria o síndrome de Briquet).* Son afecciones somáticas múltiples y recurrentes, de años de duración que no se deben a ningún trastorno físico como causa. Tiende a ser crónico pero fluctuante y no remite espontáneamente con facilidad; refiere el manual que es más común en las mujeres y raramente se diagnóstica en hombres. Involucra síntomas de conversión o pseudoneurológicos como: Dificultad para deglutir, pérdida de la voz, sordera, visión doble, visión borrosa, ceguera, desmayo o pérdida de la conciencia, pérdida de memoria, ataques o convulsiones, problemas al caminar, parálisis o debilidad muscular,

retención urinaria o dificultad al orinar; síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náusea, episodios de vómitos (no durante el embarazo), distensión abdominal (gases), intolerancia (p. ej., se enferma) por diferentes alimentos, diarrea; síntomas del sistema reproductor femenino como menstruación dolorosa, irregularidad menstrual, sangrado excesivo, vómitos intensos o que causan hospitalización durante el embarazo, síntomas psicosexuales como indiferencia sexual, falta de placer durante el acto sexual, dolor durante el acto sexual, síntomas de dolor de espalda, articulaciones, extremidades y el área genital (que no sea durante el acto sexual); dolor al orinar, otros tipos de dolor (que no sea dolor de cabeza) y Síntomas cardiopulmonares como falta de aliento, palpitaciones, dolor en el pecho, mareos.

*Trastorno conversivo (neurosis histérica tipo conversivo).* Se refiere a una pérdida o cambio en la actividad física que sugiere un trastorno físico pero que es en realidad una manifestación de un conflicto psicológico, la alteración no está bajo control voluntario y no se explica por ningún trastorno físico o mecanismo fisiopatológico; es de corta duración, con un inicio y un fin espontáneo a diferencia del trastorno por somatización. Este trastorno es el único en la categoría que implica mecanismos específicos para ser explicado refiriéndose el manual a la ganancia primaria y secundaria que tiene la persona que lo padece:

En un mecanismo, el individuo alcanza una “ganancia primaria” al mantener una necesidad o conflicto interno fuera de la conciencia. En tales casos, existe una relación temporal entre el estímulo ambiental, que se relaciona aparentemente con una necesidad o conflicto psicológico, y el inicio o exacerbación del síntoma. Por ejemplo, después de una discusión el conflicto interno sobre la expresión de la ira puede expresarse como una “afonía” o una “parálisis” del brazo, o si el individuo ve un evento traumático, un conflicto sobre el reconocer ese evento puede ser expresado como “ceguera”. En tales

casos el síntoma tiene un valor simbólico que es una representación y solución parcial del conflicto psicológico subyacente. (DSM III, 1980, p. 244)

Y la ganancia secundaria hace referencia a los beneficios posteriores que se desprenden de una actividad que no puede realizar la persona o requiere apoyo de otro que en casos corrientes no se lo brindarían. Refiere el DSM III que en las características asociadas está que los rasgos de la personalidad histriónica son comunes, pero no siempre presentes, a veces se encuentra presente “La belle indifference”, una actitud hacia el síntoma que sugiere una relativa falta de preocupación, fuera de la naturaleza severa de la alteración, es más común en las mujeres especialmente un síntoma de conversión en particular llamado Globus Hystericus (sensación de un nudo en la garganta que interfiere con la deglución). Igualmente, el DSM III refiere que el trastorno conversivo es poco común para la época en que se publica el manual: “Aunque el trastorno de conversión era en apariencia común hace varias décadas, ahora rara vez se halla. La mayoría de los casos se ven en pabellones de neurología u ortopedia y en entornos militares, especialmente en tiempos de guerra” (DSM III, 1980, p. 245). Sin embargo, la clínica y algunos fenómenos de masas, en la actualidad, dan cuenta de la vigencia del signo conversivo y de ellos ocuparemos en la siguiente categoría.

### ***Trastorno de dolor psicógeno***

Hace referencia a la queja de dolor severo y prolongado en ausencia de hallazgos físicos adecuados y asociado con la evidencia del rol etiológico de los factores psicológicos, es decir hay una relación temporal entre el estímulo ambiental y el inicio o la exacerbación del dolor que le permite a la persona evitar alguna actividad que le es nociva o para obtener apoyo del entorno. Según el manual DSM III (1980, pp. 248-249) el dolor presentado como síntoma es inconsistente con la distribución anatómica del sistema nervioso, si hay alguna patología orgánica relacionada,

la queja del dolor supera ampliamente lo que se espera de los hallazgos físicos, el dolor va acompañado de cambios en la actividad motora o sensorial como parestesias y espasmos musculares, aparece de repente y aumenta en gravedad, puede disminuir con intervención apropiada con el final del acontecimiento precipitante o durar más tiempo si se refuerza. Se diagnóstica con mayor frecuencia en las mujeres.

***Trastorno hipocondriaco (o neurosis hipocondriaca).***

Tiene que ver con una alteración en la interpretación poco realista de sensaciones o signos físicos como anormales, que lleva a la persona a preocuparse por el temor o la creencia de tener una enfermedad grave. Según el DSM III (1980, p. 250) las preocupaciones de la persona hacen referencia a funciones corporales como latidos cardiacos, sudoración o peristaltismo o con anormalidades físicas menores que puede magnificar; el curso es crónico, cíclico de períodos de mayor o menor intensidad y refiere el manual que es igualmente común en hombres y en mujeres.

Si se analiza los descriptores de los subtipos en la categoría de trastornos somatomorfos podemos entender que todos tienen algo en común y son afecciones en el cuerpo desde múltiples síntomas que asemejan una enfermedad orgánica pero que no se debe a ningún trastorno físico o fisiológico comprobado, en el caso de las somatizaciones, o una alteración física como el globus hystericus que refiere a una etiología psicológica del síntoma en las conversivas, o la queja del dolor crónico o exagerado en ausencia de una causa orgánica. Inclusive una interpretación imaginaria o poco realista de sensaciones o anormalidades en el cuerpo, sin un respaldo de un trastorno físico o delirante que pueda explicarlo en el caso de la hipocondría. Sumado a ello está el que la persona no tiene un control voluntario o si se quiere consciente sobre esos síntomas que muestra.



### *Los trastornos disociativos*

Hacen referencia según el DSM III (1980, p. 253) a una alteración repentina y temporal en las funciones integradoras de la conciencia, la identidad o el comportamiento motor. Dentro de esta categoría se tienen tres subtipos a saber: la amnesia psicógena, la fuga psicógena y los trastornos disociativos atípicos.

#### *La amnesia psicógena*

Tiene que ver, según el DSM III (1980) con una repentina incapacidad para recordar información personal importante, incapacidad que no se debe a un trastorno mental orgánico. No es un olvido ordinario y el manual refiere 4 tipos de disturbios en el recuerdo: amnesia localizada, selectiva, generalizada y, continua. Durante dichos periodos amnésicos puede darse signos de perplejidad, desorientación y un deambular sin sentido. La amnesia comienza repentinamente, en general después de un estrés psicosocial severo, la terminación de la amnesia es típicamente abrupta. La recuperación es completa y las recurrencias son raras, es común en jóvenes expuestos a la guerra y en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.

#### *La fuga psicógena*

Explica el DSM III (1980) que hace referencia a un viaje repentino e inesperado lejos del hogar o del lugar de trabajo habitual, la toma de una nueva identidad y la incapacidad de recordar la identidad anterior. Puede producirse perplejidad y desorientación. Después de la recuperación no hay recuerdo de eventos que tuvieron lugar durante la fuga. El diagnóstico no se hace en presencia de un trastorno mental orgánico; la fuga es de corta duración (de horas a días) se produce una rápida recuperación y las recurrencias son raras.

#### *Los trastornos facticios.*

El término “facticio” hace referencia a no real, así partiendo de los planteamientos del DSM-III (1980) estos trastornos tienen que ver con síntomas físicos o psicológicos producidos por el individuo y que están bajo control voluntario. Sin embargo, este control hace referencia a la capacidad del paciente para simular una enfermedad, son deliberados y decididos, pero hay una cualidad compulsiva en el sentido de que la persona es incapaz de abstenerse de un comportamiento, aunque conozca sus peligros. Pueden coexistir con síntomas psicológicos o físicos y se diferencian de los actos de simulación en tanto éstos últimos tienen un objetivo reconocible y articulado a las circunstancias del entorno, en lugar de su psicología (pp. 285). “Por definición, un diagnóstico de un trastorno facticio siempre implica psicopatología, la mayoría de las veces un trastorno grave de la personalidad. En el pasado, algunos de los trastornos clasificados aquí se hubieran subsumido dentro de la categoría de histeria” (p. 286).

Dentro de esta categoría se muestran 3 subcategorías, las cuales son:

*Trastorno facticio con síntomas psicológicos*

Hace referencia a la producción voluntaria de síntomas psicológicos (a menudo psicóticos) severos, que sugieren un trastorno mental. Presenta uno o más episodios breves, o puede ser crónico, tiende a ser severo y se presenta casi siempre en hombres. El objetivo del individuo es, en apariencia, asumir el rol de "paciente".

*Trastorno facticio con síntomas físicos*

La característica esencial es la presencia de síntomas físicos que no son reales. Esta presencia puede ser de fabricación total, como en las quejas de dolor abdominal agudo en ausencia de un dolor tal, puede ser más común en hombres.

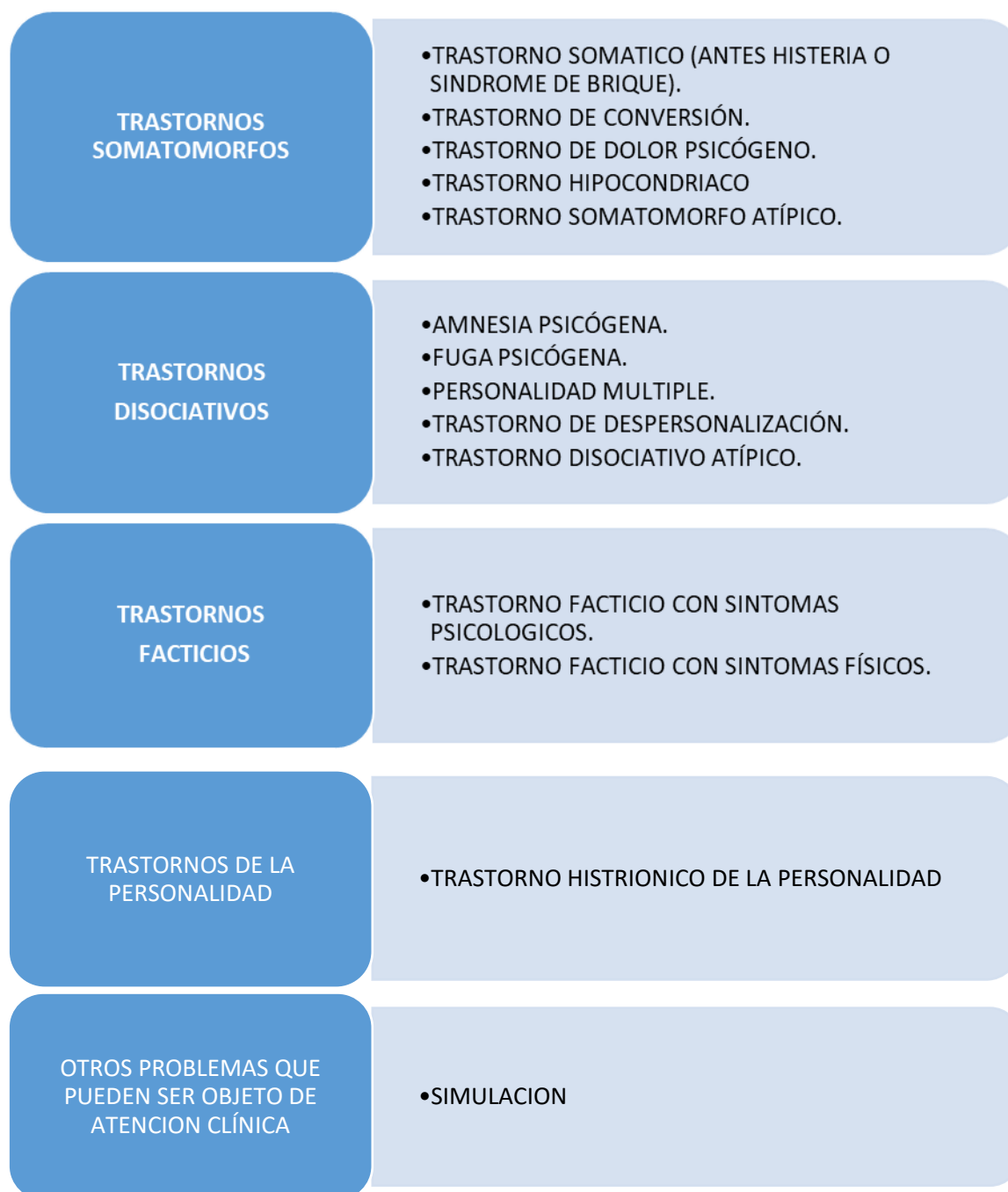
### *Trastorno de la personalidad histriónica*

Este trastorno es una subcategoría en los trastornos de la personalidad y hace referencia en el manual DSM-III (1980) a un comportamiento excesivamente dramático, reactivo e intensamente expresado, a alteraciones características en las relaciones interpersonales, propensos a la exageración y a la excitabilidad emocional, pueden ubicarse como víctimas o princesas sin ser conscientes de ello y “en ambos sexos la conducta manifiesta a menudo es una caricatura de la feminidad” (pp. 313 - 314) y se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres.

### *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: La simulación*

Según el manual DSM-III (1980) la característica principal de la simulación es la presencia y producción voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o sumamente exagerados, tienen un objetivo claro que se reconoce fácilmente al comprender las circunstancias del individuo en lugar de su psicología individual, es decir está determinado por los factores externos como por ejemplo evitar una situación que no desea asumir, obtener una compensación o evadir una responsabilidad (pp. 331-332).

La diferenciación que el manual realiza entre simulación y trastorno facticio hace referencia a que en éstos últimos hay un compromiso intrapsíquico para mantenerse en el papel de enfermo, por lo que el diagnóstico de trastorno facticio excluye el diagnóstico del acto de simulación. Y en relación a la conversión y los otros trastornos somatomorfos, en la simulación siempre estará la producción voluntaria de síntomas, el objetivo obvio y reconocible.



*Figura III.* En esta figura se resumen los trastornos asociados a la histeria en el DSM III para el año 1980. (Elaboración propia).

Para este momento, con la publicación del DSM III, la histeria comienza a invisibilizarse como entidad, al ir fragmentando sus signos y síntomas clínicos para que hagan parte de

categorías construidas a partir de los descriptores y no de la etiología o sus fundamentos teóricos construidos en la clínica, porque ello, a partir de éste DSM no era importante, en tanto lo ateorico era la consigna que iniciaba.

### **La histeria en el DSM IV**

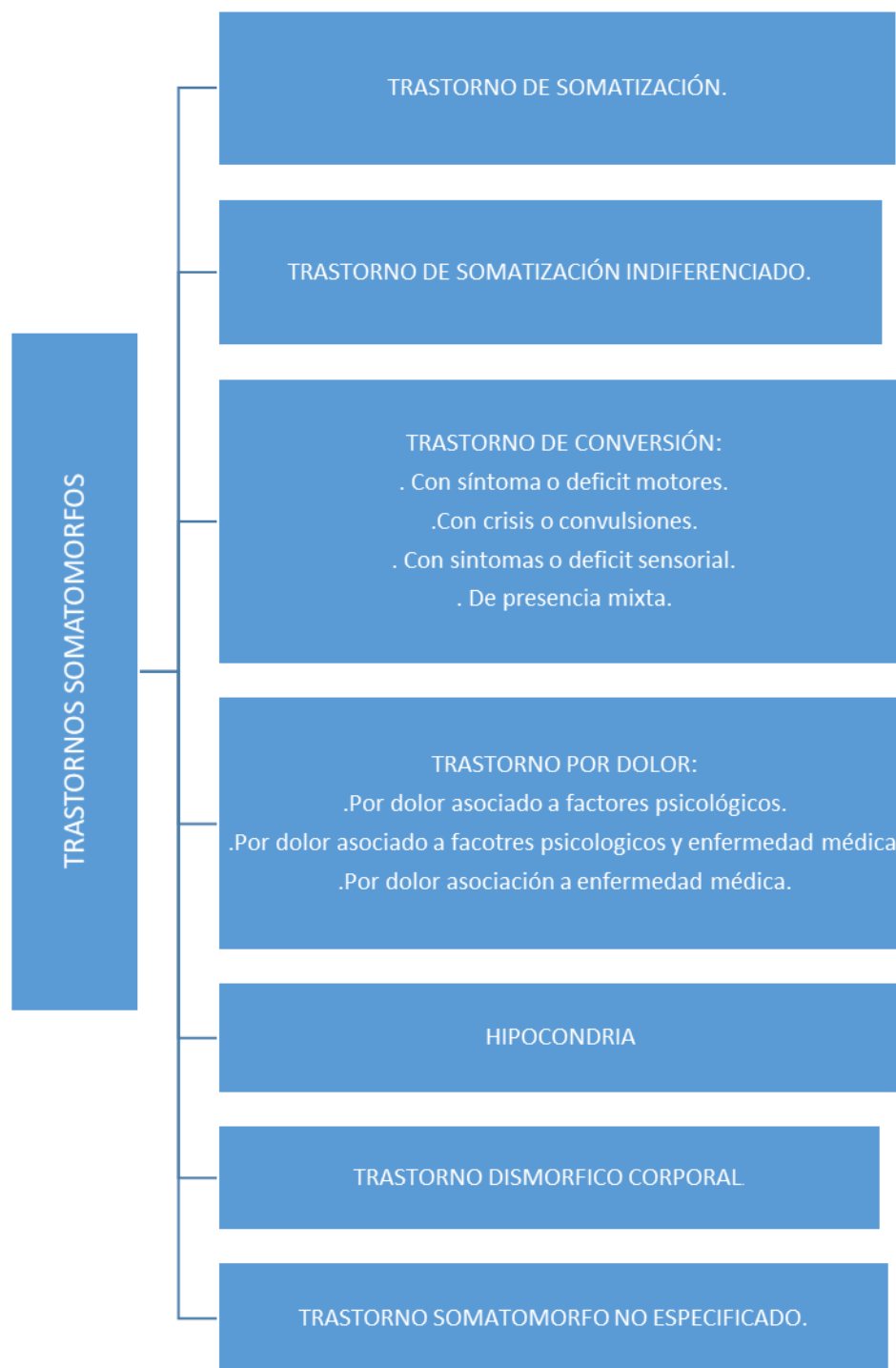
Este manual fue publicado en el año de 1994, mantiene el esquema y planteamiento del DSM III, las modificaciones fueron nominales, las categorías y las subtipificaciones se especificaron más de acuerdo a los descriptores sintomáticos y deja ver al igual que el anterior y el siguiente manual un borramiento total de la subjetividad y de la explicación etiológica de las manifestaciones mentales que se multiplican con cada nuevo manual. Así en este DSM versión IV (1994) encontramos que se mantienen los síntomas somatomorfos como el trastorno de somatización considerado un trastorno polisintomático, persistente y que combina síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor. Para el trastorno conversivo, se especifican más sus síntomas o disfunciones aunque no son explicadas, de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico, se considera que factores psicológicos están asociados a dichos síntomas. (pp. 465-469). Sus subtipificaciones fueron según el manual (1994), trastorno de conversión con síntoma o déficit motores, subtipo que incluye síntomas como alteración de la coordinación psicomotora y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de «nudo en la garganta», afonía y retención urinaria; trastorno conversivo con crisis o convulsiones, subtipo que incluye convulsiones, con presencia de componente motor voluntario o sensorial; trastorno con síntomas o déficit sensorial que incluye síntomas como sensación de pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones y trastorno conversivo de presencia mixta, el cual hace referencia a la presencia de síntomas de más de una categoría (p. 466). Luego en el

DSM IV (1994) está el trastorno por dolor, denominado en el manual anterior como trastorno del dolor psicógeno. El dolor es el objeto dominante de atención clínica y los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia. La subtipificaciones de este son el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos, el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y enfermedad médica y el trastorno por dolor asociado a enfermedad médica. Se mantiene la hipocondría definida igualmente como la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales y finalmente aparece el trastorno somatomorfo no especificado donde se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos y que antes fueron llamados trastornos somatomorfos atípicos; además de éstos que ya se encontraban en la versión anterior, se anexan el trastorno somatomorfo indiferenciado que se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización (p. 470) y el trastorno dismórfico corporal, el cual consiste en la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico:

La mayoría de los sujetos experimentan un malestar intenso en relación con su supuesto defecto y a menudo describen sus preocupaciones como «muy dolorosas», «torturantes» o «devastadoras»; les resulta difícil controlar y dominar sus preocupaciones y hacen poco o nada por superarlas. Como resultado, suelen pasar horas pensando en su «defecto», hasta el punto de que estos pensamientos pueden llegar a dominar sus vidas por completo. (DSM IV, 1994, p. 479)

Sobre los síntomas facticios en esta versión del DSM (1994) aparece la subtipificación en: facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos, facticios con predominio de signos y síntomas físicos, facticios combinados y facticios no especificados (pp. 483-487).

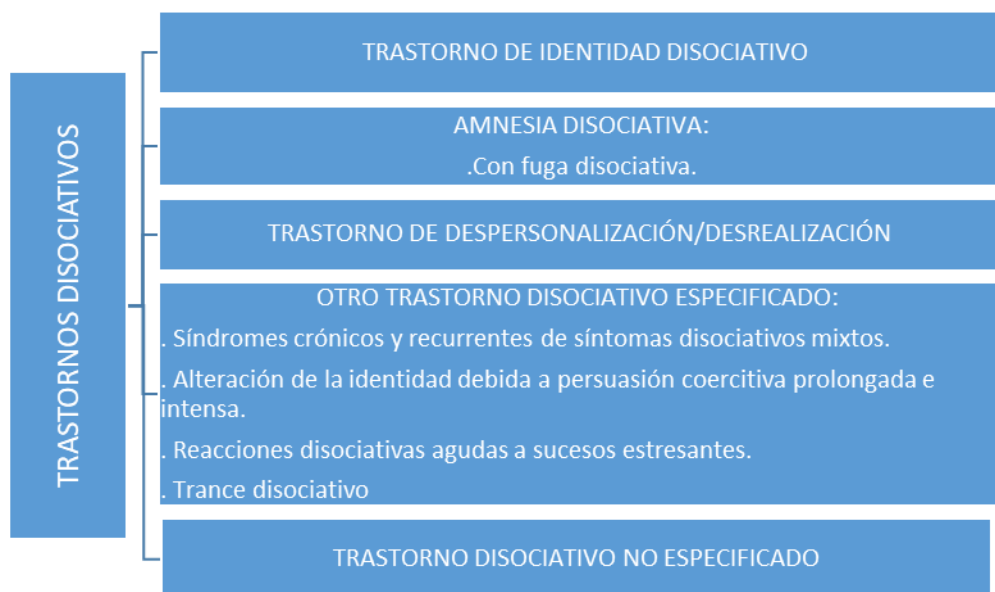
Los trastornos disociativos en el manual (1994) mantienen sus características, pero cambia la nominación e igualmente se subtipifica en relación al síntoma prevalente, así tenemos: la amnesia disociativa (antes llamada amnesia psicógena), fuga disociativa (antes fuga psicógena), de identidad disociativa (antes llamada personalidad múltiple), de despersonalización y trastorno disociativo no especificado (pp. 489-503).



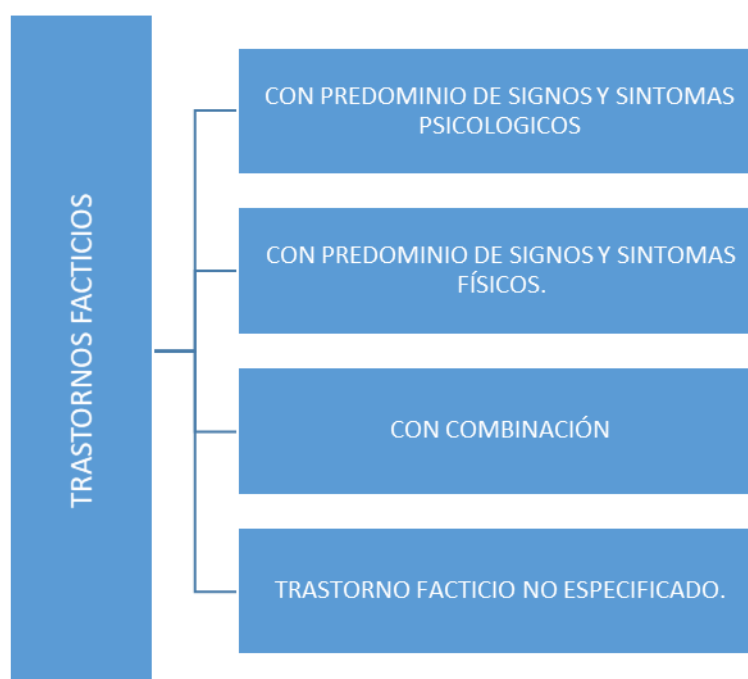
*Figura IV (1).* El gráfico resume algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV. (Elaboración propia).







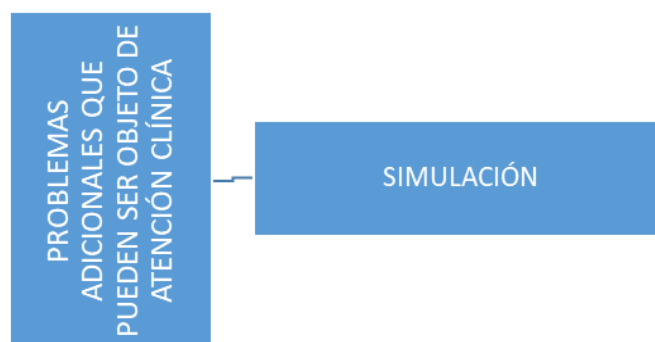
*Figura IV (2).* El gráfico resume algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV. (Elaboración propia).



*Figura IV (3).* El gráfico resume algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 1994 en el DSM IV. (Elaboración propia).



*Figura IV (4).* El gráfico resume algunos de los trastornos asociados a la historia para el año 1994 en el DSM IV. (Elaboración propia).



*Figura IV (5).* El gráfico resume algunos de los trastornos asociados a la historia para el año 1994 en el DSM IV. (Elaboración propia).

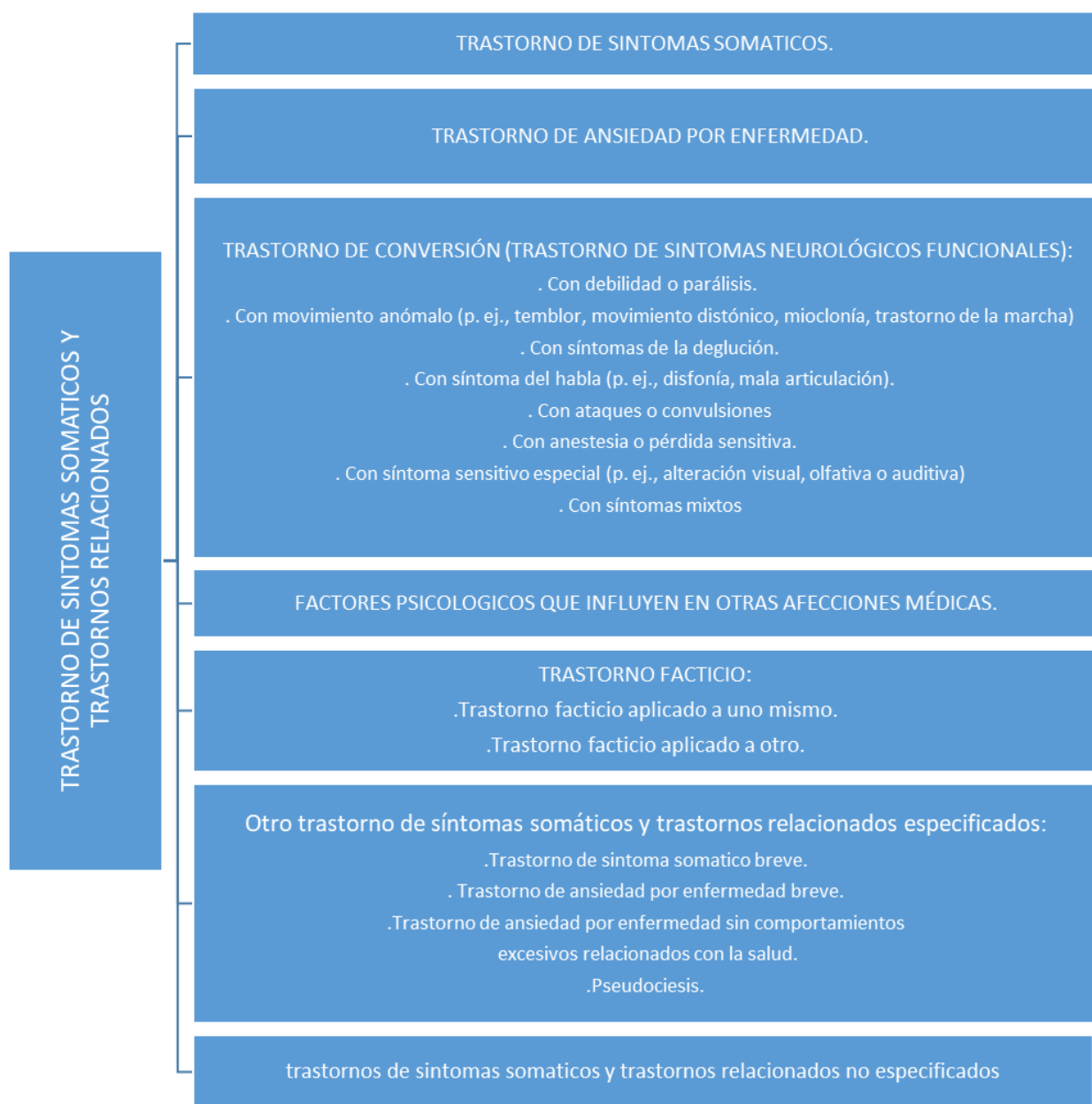
### **La historia y el DSM V**

El DSM V por su parte fue publicado en el año 2013, tuvo cambios en relación a la supresión de los ejes diagnósticos que fueron sustituidos por agrupaciones y dimensiones de trastornos y espectros, muestra planteamientos más cercanos a la neurología y a la genética que a la psicopatología clínica y mostró cambios significativos en los trastornos somatomorfos como por ejemplo la exclusión del concepto de somatización y de la hipocondría y aparición de nuevos trastornos: “En la presentación de este manual se muestra el propósito de mejorar la validez de las ediciones anteriores y de fundamentarse en la investigación. Sin embargo, las fuentes a las

que se alude proceden de la neurociencia o la genética” (Rodríguez-Testal et al., 2014, p. 222) mostrando con ello, que, aunque aparezcan factores psicológicos en el manual, la tendencia investigativa del manual apunta a pensar los trastornos mentales como trastornos del cerebro:

Sobra decir que el DSM no es un texto de psicopatología, si bien, dado que se trata de un manual que ha de guiar el diagnóstico (todavía clínico), el tratamiento y la investigación, es bastante relevante subrayar lo obvio: que la perspectiva biologicista (Adam, 2013) condiciona el objeto de estudio. De hecho, podría comenzar a hablarse de un NeuroDSM, habida cuenta de la proliferación del prefijo: Trastornos del neurodesarrollo, Trastornos neurocognitivos o Trastorno funcional de síntomas neurológicos. Esto parece minimizar o descartar de entrada las aportaciones de la investigación psicológica. (Rodríguez-Testal et al., 2014, p. 222)

En relación al trastorno psicósomático, en el DSM V se realizaron grandes cambios en el sentido de que, si bien la somatización era el principio organizador en esta subcategoría, ya no se hablará de lo somático sino de trastornos de síntomas somáticos “TSS”, medicamente explicados o no.



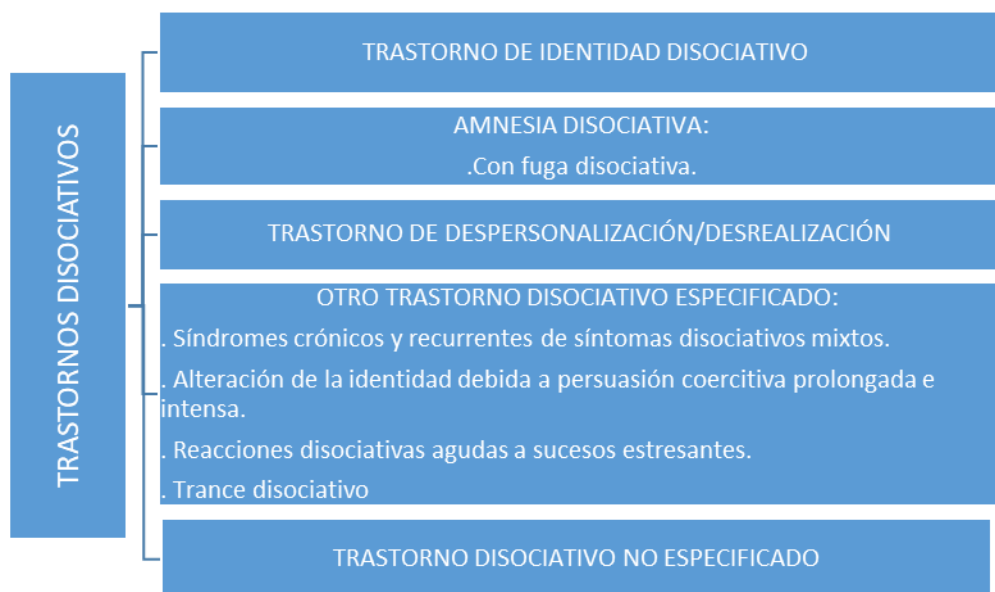
*Figura V (1).* El gráfico resume algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 2013 en el DSM V. (Elaboración propia).

Se reagrupan las categorías del Trastorno de somatización bajo la denominación de trastorno de síntomas somáticos (TSS), eliminándose los diagnósticos de Trastorno de somatización, hipocondriasis, trastorno por dolor y el trastorno somatomorfo

indiferenciado y se plantea que debe haber: “al menos un síntoma somático que afecte o interrumpa significativamente en la vida diaria, con pensamientos, sentimientos o conductas relacionadas con los síntomas somáticos, y ocasionando pensamientos desproporcionados, elevados niveles de ansiedad o tiempo dedicado a esos síntomas. (DSM V, 2013, p. 311)

En relación al diagnóstico diferencial del trastorno de síntomas somáticos se afirma que “la presencia de síntomas somáticos sin etiología clara no es suficiente para dar este diagnóstico, motivo por el que se excluye a trastornos como el síndrome del intestino irritable o la fibromialgia” (Rodríguez-Testal et al., 2014, p. 227). Y en relación al concepto de conversión, la nueva versión no considera que los factores psicológicos deban estar asociados al síntoma, sino que pueden estar o no:

El énfasis médico es evidente con el concepto de Trastorno de conversión (Trastorno de síntomas neurofuncionales), justificado por un porcentaje menor de casos en los que se ha comprobado una etiología neurológica. De antiguo procede la cuestión de si ubicar la conversión entre las manifestaciones disociativas (como un trastorno sensoriomotor disociativo) (Spiegel et al., 2013) o en relación con los síntomas somáticos, donde encajan bien las parálisis, pero peor las convulsiones. (Rodríguez-Testal et al., 2014, p. 227).



*Figura V. (2).* El gráfico resume algunos de los trastornos asociados a la histeria para el año 2013 en el DSM V. (Elaboración propia).

En los trastornos disociativos se incluyó la fuga disociativa como especificador de la amnesia disociativa y la inclusión del concepto de “posesión” en los criterios del Trastorno disociativo de la identidad. En los trastornos de personalidad se conserva igualmente el trastorno de la personalidad histriónico dentro del grupo B y en Otros problemas de atención clínica se mantiene la Simulación.

Desde el enfoque de la psiquiatría norteamericana que se refleja en la producción de las versiones del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, que con radicalidad comienza a plantearse desde la versión tres que se nombra como ateórica y con los nuevos planteamientos de la versión cinco, que invisibiliza también lo psicossomático y comienza a apoyarse en la neurociencia y la genética para pretender explicar los fenómenos mentales desde el cerebro, no hay lugar para la histeria. Lo cual no significa que no exista, no se muestre o no se vea en la multiplicación de los síntomas contemporáneos, que ante la imposibilidad de

regularlos, categorizarlos y leerlos, pareciera que se involuciona hacia el principio de los estudios sobre la mente humana, cuando con Briquet (1796-1881) se postulaba la histeria como una neurosis del encéfalo y otros pretendieron la localización de la histeria en la anatomía, la fisiología o la herencia.<sup>2</sup>

Podría decirse entonces que la situación actual de la histeria en la psiquiatría y en escenarios clínicos afines, es la sustitución del término en favor de sus signos y síntomas, erigidos como categorías, trastornos o subtipos, como trastorno somatomorfo somático, trastorno conversivo, trastorno del dolor, trastorno dismórfico corporal, trastornos facticios, trastorno disociativo, trastorno de síntomas somáticos, los cuales muestran características asociadas con signos de ansiedad, depresión, predominantemente en mujeres, aunque en algunos refieren que también afecta a hombres. Componentes que han sido muy bien descritos fenomenológicamente aunque de manera fragmentaria y en un afán de nominar y multiplicar los trastornos para cada manual revisado, pero el camino al estudio, análisis y la filigrana que comprometería la etiología de éstos, se ha perdido o no interesa a la ciencia médica actual que actúa sobre síntomas, pero que aún no niega la característica afín a todos ellos: que no hay un hallazgo orgánico ni un mecanismo fisiológico, neuronal o anatómico que demuestre su etiología, aunque cada tanto tiempo se intente retornar a éstos como sucede hoy con la neurociencia.

### **CATEGORIA 3: Manifestaciones clínicas contemporáneas de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría**

Todo lo expuesto en los capítulos anteriores sobre la noción de histeria, conduce a plantear la diferencia que existe sobre el concepto de síntoma para la psiquiatría y para el psicoanálisis Freudiano. Dos perspectivas que implican pensar, la primera el trastorno como algo

---

<sup>2</sup> Revisar antecedentes históricos.



que al remitir vuelve a la normalidad a una persona y la segunda entender el síntoma a partir del sentido que tiene, lo que comunica y que implica saber hacer con él.

Una vez planteada y desarrollada esta diferencia se propone un dialogo entre las dos disciplinas a partir de los signos y síntomas clínicos que aportan ambas y la concepción que de éstos tienen en relación a la noción de histeria y a los llamados trastornos que se asocian con la sintomatología de ésta, para finalmente poder identificar en las manifestaciones actuales de los signos, síntomas, trastornos y/o enfermedades que no se explican desde lo orgánico, dónde se muestra la histeria y por qué ya no suele ser nominada en la psiquiatría y en otros discursos relacionados.

En esa medida, Álvarez et Al. (2009) nos remite a la etimología del término síntoma, señalando que éste viene del griego *síмптоμα*, que se traduciría como "coincidir". Éste procede del área semántica del verbo *τοπίω*, que significa "llegar" o "caer", que dio *simptomá* con un significado inicial de "suceso", "acontecimiento", "lo que ocurre". Además, la raíz griega *σημα*, que significa "huella", "señal", y el verbo *σημαίνω*, "dejar huellas", emparentarán con la palabra latina *signum* que, además de "huella" (*lupi signa*), admite los significados de "presagio" (*Deus signum dat*), "sello" o "marca", término que, en un latín más tardío, adquiere un significado médico equivalente a "síntoma" (*morbi signa*, "señales de una enfermedad").

Así, desde su etimología, se puede entender que el síntoma es "algo que acontece", que tiene una función expresiva de algo y el signo es una huella o marca. En la medicina, un síntoma es una expresión que narra una persona cuando percibe algo en él, que no funciona como se espera, es la narrativa del paciente sobre su enfermedad o malestar, donde el médico sólo sabe de éstos en tanto le son comunicados y que confirma con los signos clínicos que por definición serían una manifestación objetivable y evidente en la biología del paciente. De manera que

cuando una alteración puede ser percibida tanto por el paciente como por un observador externo, es un signo (por ejemplo, la fiebre), pero la sensación subjetiva que la acompaña (por ejemplo, la cefalea) es un síntoma.

Partiendo de esta definición la medicina y sus especialidades como la neurología y la psiquiatría, se han encontrado con la pregunta por los síntomas en el campo de las enfermedades mentales que no tienen su explicación en la biología, la neuroanatomía o la fisiología, pero que se manifiestan en sus signos clínicos y síntomas exactamente iguales a las enfermedades orgánicas. Es así como la psiquiatría en función de diferenciar las enfermedades mentales que tienen una explicación orgánica de las que no la tienen nombra a estas últimas “Trastornos”. Así, la distinción entre las enfermedades mentales y los otros trastornos psíquicos se establece en función de que:

- 1) en las enfermedades se constata una base genética, inexistente en las patologías psicosociales; 2) sólo se detectan anomalías biológicas en las enfermedades psíquicas; 3) en las enfermedades se produce una ruptura biográfica, y en las otras patologías una continuidad que traduce la prolongación de conflictos que parten del estado premórbido;
- 4) en las enfermedades se observa una coherencia y estabilidad clínica y diagnóstica, mientras que en los trastornos de base psicosocial se producen fluctuaciones sintomáticas y los cuadros son menos estables, lo cual da lugar a más cambios diagnósticos que en las enfermedades psíquicas; 5) con relación al punto anterior, las enfermedades psíquicas no son sensibles a las influencias del medio; por el contrario, son arreactivas al mismo, si bien éste puede modular ligeramente el comportamiento del enfermo, pero sin modificar la clínica y la evolución de la enfermedad, en tanto que los trastornos psicosociales son reactivos a las incidencias externas (cambios o experiencias de la vida, psicoterapia), las

cuales pueden llegar en algunos casos a atenuar/difuminar o exacerbar el cuadro clínico y variar el curso y el pronóstico del mismo, y 6) en las enfermedades la respuesta a los tratamientos biológicos es sensiblemente más positiva que otros abordajes, en tanto que en los trastornos neuróticos o de personalidad ocurre todo lo contrario, es decir, una respuesta pobre a los tratamientos biológicos y positiva a la psicoterapia (con excepción de las crisis de angustia y los trastornos obsesivos, que sin ser psicosis pueden responder a los tratamientos biológicos, y de algunos trastornos de personalidad refractarios a la psicoterapia). (Vallejo, J., 2015, p. 54)

El discurso médico en general y la neurología en particular, llama a las enfermedades que presentan síntomas neurológicos y físicos pero que son inexplicables desde la base física, neuroanatómica o bioquímica, enfermedades funcionales, como algunos trastornos gastrointestinales y problemas del tracto digestivo, los síntomas como el dolor torácico de origen no cardíaco, el síndrome del intestino irritable, entre otros ejemplos de estos trastornos en los cuales no se observan lesiones, que expliquen su origen.

De otro lado las enfermedades psíquicas que muestran todo un cuadro diagnóstico de enfermedad orgánica pero no se logra una explicación médica, lleva a la psiquiatría a pensarlas como un “trastorno mental” y al tratamiento de los síntomas y signos clínicos, aunque no se entienda su etiología, pues el énfasis ya no está puesto allí. Estos trastornos llamados funcionales han sido asociados a factores emocionales como el estrés o la ansiedad o a trastornos de síntomas somáticos.

En relación a la histeria que fue considerada en el DSM II como una neurosis, sabemos a partir de la publicación del DSM III, que desaparece de la clasificación americana y podría decirse que en éste se nominaron dos grandes trastornos que recogieron los signos y síntomas

con que se caracterizó descriptivamente a la histeria, los cuales son principalmente, los “trastornos somatomorfos” y los “trastornos disociativos”. Pero también sabemos que en el DSM-V los “trastornos somatoformos” desaparecen como nominación y en su lugar son puestos los “trastornos de síntomas somáticos” (TSS) y “trastornos relacionados”, aumentando los tipos y los subtipos. Y es de anotar también que desaparece la Hipocondría.<sup>3</sup>

| BASE BIOLÓGICA (ENFERMEDADES MENTALES)   | BASE PSICOSOCIAL (NEUROSIS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD)  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•Genética +</li> <li>•Anomalías biológicas +</li> <li>•Consistencia clínica. +</li> <li>•Fluctuaciones clínicas. -</li> <li>•Reactividad al medio -</li> <li>•Estabilidad diagnóstica +</li> <li>•Ruptura biográfica. +</li> <li>•Respuesta a tratamientos biológicos +</li> <li>•Respuesta a tratamientos psicológicos. -</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Genética. -</li> <li>•Anomalías biológicas. -</li> <li>•Consistencia clínica. -</li> <li>•Fluctuaciones clínicas. +</li> <li>•Reactividad al medio. +</li> <li>•Estabilidad diagnóstica. -</li> <li>•Ruptura biográfica. -</li> <li>•Respuestas a tratamientos biológicos -</li> <li>•Respuesta a tratamientos psicológicos. +</li> </ul> |

*Figura VI.* En estos dos cuadros muestran las bases etiopatogénicas de los “trastornos psíquicos”, donde podemos observar como las neurosis y trastornos de personalidad no tienen una base genética explicable; tampoco presentan anomalías biológicas; no se puede garantizar una consistencia clínica, una estabilidad diagnóstica ni una respuesta positiva a los tratamientos biológicos. Adaptado de *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, por Julio Vallejo Ruiloba, 2015, Barcelona, Elsevier Masson Editores.

<sup>3</sup> Ver capítulo anterior.

Como se puede ver, el DSM es la herramienta que tienen los psiquiatras para diagnosticar las enfermedades y trastornos psiquiátricos y psicológicos. Igualmente se puede apreciar que en su última versión los trastornos somatomorfos desaparecen como nominación específica, la fuga disociativa al igual que el trastorno por dolor, pasan a ser especificadores de otra nominación, el trastorno de hipocondría desaparece y las afecciones articuladas a éstas referencias médicas, fueron asociadas a la categoría de “síntomas somáticos y trastornos relacionados”, la cual engloba varias subclasificaciones.

| DSM II   | DSM III   | DSM IV-TR  | DSM- V  |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• NEUROSIS:<br/><b>Neurosis histérica de tipo conversivo.</b><br/>Neurosis histérica de tipo disociativo.<br/>Neurastenia.<br/>Neurosis hipocondriaca.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TRASTORNOS DISOCIATIVOS:<br/>Amnesia psicógena.<br/>Fuga psicógena.<br/>Personalidad múltiple.<br/>Trastorno de despersonalización.<br/>Trastorno disociativo atípico.</li> <li>• TRASTORNOS SOMATOMORFOS:<br/>Trastorno somático (antes histeria o síndrome de brique).<br/>Trastorno de conversión.<br/>Trastorno de dolor psicógeno.<br/>Trastorno hipocondriaco.<br/>Trastorno somatomorfo atípico.</li> <li>• TRASTORNOS FACTICIOS:<br/>Trastorno facticio con síntomas psicológicos.<br/>Trastorno facticio con síntomas físicos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TRASTORNOS DISOCIATIVOS:<br/>Amnesia disociativa.<br/><b>fuga disociativa.</b><br/>trastorno de identidad disociativo. (antes personalidad múltiple).<br/>trastorno de despersonalización.<br/>trastorno disociativo no especificado.</li> <li>• TRASTORNOS SOMATOMORFOS:<br/>Trastorno de somatización.<br/>Trastorno somatomorfo indiferenciado.<br/>Trastorno de conversión.<br/><b>Trastorno por dolor. Hipocondria.</b> Trastorno dismorfico corporal.<br/>Trastorno somatomorfo no especificado.<br/>Trastornos facticios.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TRASTORNOS DISOCIATIVOS:<br/>Amnesia disociativa.<br/>trastorno de identidad disociativo<br/>trastorno de despersonalización/ desrealización. Otro trastorno disociativo no especificado.<br/>Trastorno disociativo no especificado.</li> <li>• TRASTORNOS DE SINTOMAS SOMATICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS:<br/>Trastorno de somatización.<br/>Trastorno de ansiedad por enfermedad.<br/><b>Trastorno de conversion (trastornos de síntomas neurológicos funcionales).</b><br/>Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.<br/>Trastorno facticio.<br/>Otro T. de síntoma somático y T.Rx. especificados.<br/>T. de síntomas somáticos y T. Rx. no especificados.</li> </ul> |

*Figura VII.* El cuadro resume las clasificaciones que desde la psiquiatría pueden dar cuenta del desplazamiento de la histeria hacia la nominación fenomenológica o desde los síntomas y su desaparición como categoría diagnóstica. (Elaboración propia).

Del anterior cuadro se infiere que la histeria solo pudo ser pensada en la ciencia médica desde su fragmentación, ya que la concepción que este discurso tiene sobre el concepto de síntoma, de normalidad y anormalidad, lleva a hacer de la fertilidad de los síntomas de la histeria, un fenómeno que produce frustración en quienes intervienen desde la ciencia, en tanto el síntoma no es escuchado por el clínico sino intervenido para que desaparezca, lo que sería un indicador de recuperación y normalidad en este contexto, pese a que reaparezca en otras y muy diversas formas.

De otro lado, retomando algunos planteamientos psicoanalíticos desarrollados en la categoría uno en relación al concepto de síntoma desarrollado por Freud, se puede ver la diferencia de esta disciplina en relación con la psiquiatría sobre su concepción de síntoma. Mientras para la psiquiatría éste ha sido más asociado a la psicopatología, a los signos clínicos, objetivables y definidos por el médico, los cuales se buscan intervenir para que desaparezcan, en función de volver a la normalidad, para el psicoanálisis el síntoma es rico en sentido y por eso Freud se ocupó de trascender la psicopatología descriptiva que en principio realizó específicamente en el estudio sobre la histeria, en función de identificar los síntomas típicos de una enfermedad para el momento de su formación como neurólogo.

Pero Freud (1916) avanzó y trascendió hacia la etiología de los síntomas, descubriendo y planteando cómo el sentido de éstos reside en el vivenciar de un sujeto, refiriendo que hay síntomas “estigmas” en la histeria y típicos de una enfermedad, los cuales son semejantes y pareciera que sus diferencias individuales desaparecen o se reducen al punto de no poderlos referir a las vivencias singulares. Sin embargo, toma casos de neurosis para explicar y diferenciar lo típico y lo singular del síntoma. Por ejemplo, los enfermos que sufren de agorafobia (p. 247), repiten a menudo en sus cuadros clínicos, monótonamente los mismos rasgos: sienten miedo a

los espacios cerrados, a las plazas a cielo abierto, a las largas calles y avenidas, se creen protegidos si los acompaña gente conocida etc. Sin embargo, sobre este mismo contenido sintomático, encajan sus condiciones individuales, su singularidad. Así, a uno le horrorizan sólo las calles estrechas, a otro sólo las amplias; otro solamente puede andar cuando en la calle hay pocas personas, el otro, cuando hay muchas.

Y en este sentido sobre los síntomas de la histeria, plantea que “a pesar de su riqueza en rasgos individuales, posee una plétora de síntomas comunes, típicos, que parecen resistirse a una fácil reconducción histórica” (Freud, 1916, p. 247), esto se puede constatar en la descripción que Freud hace sobre los síntomas histéricos típicos para poder pensar lo común y lo singular de los pacientes histéricos.<sup>4</sup>

En cuanto a lo singular, Freud mostró de manera rigurosa que el síntoma en el psicoanálisis cumple un motivo, un sentido y un propósito (Freud, 1916, p. 227), que emerge de diversas formas. Planteamiento importante sobre el síntoma, que abre un camino distinto y de separación entre el psicoanálisis y el discurso médico, en tanto el síntoma está inscrito en una dimensión biográfica, que se puede hacer comprensible si se atiende a la historia particular del sujeto en cuestión, pues allí se encuentra el peso que mantiene la repetición del síntoma y en el caso de la histeria, una característica y es que su mayor contenedor es el cuerpo.

Ahora bien, a partir del texto de Freud *El Yo y el Ello* (1923) “el síntoma será descrito no tanto como un sucedáneo o una formación sustitutiva (Ersatzbildung) de una antigua satisfacción infantil, sino más bien como eso que trata de suplir su ausencia misma, tal como defendió en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926): el síntoma sería el signo y el sustituto de una satisfacción pulsional que no tuvo lugar” (Álvarez, 2009. p. 374).

---

<sup>4</sup> Ver capítulo 1.



Se ve entonces que a partir del concepto de síntoma, entre la disciplina psicoanalítica y la psiquiatría hay grandes diferencias que no permiten una relación entre éstas en función de la noción de histeria. Y desde el lado del psicoanálisis, aunque hayan descriptores comunes, eso no significa que la concepción del psicoanálisis se queda en lo fenomenológico y en la patologización del síntoma, pues para el psicoanálisis la adscripción del sujeto, en este caso histórico, a una descripción de síntomas típicos que pueden permitir explicar la estructura de su funcionamiento, estará determinada por su singularidad o posición subjetiva y no por la categorización diagnóstica por acumulación de síntomas convertidos en datos o signos objetivables para un diagnóstico como sucede en la medicina y en la psiquiatría.

El psicoanálisis freudiano no se queda en la descripción nosológica que comparte con la psiquiatría, sino que se pregunta por el sentido de los síntomas, por la etiología y el lugar que tienen en el cuerpo de los sujetos históricos, que deriva en poder entender qué es la histeria. Para Freud, el síntoma en el psicoanálisis no es pensado desde la psicopatología y el marco de la normalidad-anormalidad, por lo que el planteamiento del psicoanálisis sobre la psicopatología tiene su base en la psicología general:

Por tanto, cuando desde los fenómenos inferimos sus fuerzas pulsionantes, reconocemos que el mecanismo psíquico de que se sirve la neurosis no es creado primero por una perturbación patológica que atacara a la vida anímica, sino que ya se encuentra dispuesto dentro del edificio normal del aparato anímico. (Freud, S., 1900, p. 596)

Lo que quiere decir que los procesos psíquicos entre un sujeto considerado normal y otro con una psicopatología son iguales, porque ambos tienen las mismas condiciones psíquicas dejando ver que:

no hay diferencia fundamental, sino sólo de grado, entre la vida anímica de las personas normales, los neuróticos y los psicóticos. Una persona normal debe pasar por las mismas represiones y luchar contra las mismas estructuras sustitutivas; la única diferencia radica en que sobrelleva estos acontecimientos con menos trastornos y más éxito.” (Freud, S., 1913, p. 214).

Asunto fundamental que nos lleva a otra diferencia radical entre el psicoanálisis y la psiquiatría en relación al cómo se concibe la psicopatología y dentro de ésta al síntoma, y específicamente a la histeria y sus manifestaciones.

Cabe preguntarnos entonces en relación a la propuesta atórica de los DSM a partir de la versión III, ¿para qué sirve a los clínicos la descripción de los trastornos diagnósticos que se quedan en la intervención del síntoma y no apelan a la explicación etiológica que aporta a la comprensión del funcionamiento psíquico?, ¿Por qué se mantiene la omisión explicativa que el psicoanálisis aporta a la comprensión de la histeria y sus manifestaciones?, ¿Qué es lo que la histeria moviliza al punto de fragmentarla, reducirla a sus síntomas o invisibilizar su nombre?

Llegados a este punto, es posible inferir en relación a los manuales estadísticos de enfermedades mentales como representantes del pensamiento médico psiquiátrico norteamericano, que éstos se constituyen en la lógica de recolectar síntomas para nominar un trastorno, interviniendo la fenomenología para que desaparezca la anormalidad y este camino ha llevado a la multiplicación de trastornos en tanto centrados en la cantidad y formas de los síntomas y signos que cada día son más, haciendo una negación a la etiología de aquellos síntomas que no se explican por enfermedades orgánicas de base o agentes externos. Al punto de retornar de nuevo a la anatomía, la genética y la neurociencia como marcos teóricos para pensar los trastornos y los síntomas histéricos que cada día se mimetizan mejor.

Como se mostró en este y en el capítulo anterior, en los manuales DSM, a partir de la versión inaugural atórica III, la histeria, a fuerza de nominaciones que se fueron deslizando hasta diluir también lo psicósomático como parte de otros trastornos y desaparecer la hipocondría en la versión V, termina desnombrada, excluida o mejor invisibilizada de los manuales. Pero retorna en un estallido de síntomas particulares, que se muestran en la lógica de la ciencia, como trastornos atípicos, funcionales o fenómenos inexplicables en tanto la neurociencia y la genética no pueden dar cuenta de su etiología.

Los hoy llamados en el DSM V “TSS” trastornos de síntomas somáticos con predominio de dolor y donde puede haber una inconsistencia entre dolor y distribución anatómica del sistema nervioso y la acentuada queja de dolor, desde el psicoanálisis freudiano se podría explicar como un fenómeno en el cual, el dolor es descrito por el enfermo como insoportable en grado máximo, sus síntomas son móviles, es decir se desplazan por el cuerpo, refutando de antemano la conjetura de lesión material, comportándose en sus afecciones motoras como si la anatomía no existiese, mostrando una delimitación exacta y una intensidad excesiva (Freud, 1976, 1893), descripción que está en sintonía con las características de los fenómenos de la histeria que planteó Freud en su momento. “Trastorno” que hace parte de una colección inacabada e inclasificable de la condición histérica, la cual habita en los síntomas descriptivos desplegados por muchos de los trastornos y síntomas agrupados en los síndromes nerviosos funcionales.

Trastornos y síntomas tales como el globus hystericus, (sensación de espasmo faríngeo, de una bola que subiría del epigastrio a la garganta), el zumbido en los oídos, los ataques convulsivos, las perturbaciones de la sensibilidad, como las anestias o hiperestias, con alto nivel de extensión y de intensidad, que no aparecen a ese nivel en ninguna otra enfermedad, o las perturbaciones de la actividad sensorial como la ceguera histérica, las parálisis acompañadas de

anestesia de la parte del cuerpo paralizada, los trastornos somáticos funcionales existentes en diferentes especialidades médicas como son el síndrome de colon irritable en gastroenterología, la cefalea tensional en neurología, el dolor pélvico crónico y síndrome premenstrual en ginecología, el dolor lumbar en ortopedia, la fatiga crónica en infectología, la fibromialgia en reumatología, entre otros.

Sabemos que una posición a-teórica hacia la etiología lleva a rechazar la noción de neurosis. También en 1980, en el DMS-III, la clínica de la histeria está dispersa entre los trastornos somatoformos, los trastornos disociativos, la psicosis reactiva breve, los trastornos esquizofrénicos, la personalidad histriónica, la personalidad anti-social y los trastornos atípicos. De la histeria freudiana queda un jirón aferrado al trastorno de conversión, ya que éste, aseguran, puede consistir en un síntoma que tiene un valor simbólico y que ilustra un conflicto psicológico subyacente del que constituye una solución parcial. Además, permitiría obtener un «beneficio secundario», incluso a veces podría encontrarse una «bella indiferencia». (Maleval, 1994, p. 275)

Lo que significa que, si bien la clínica de la histeria queda dispersa entre los diversos trastornos y variantes nominaciones, el trastorno de conversión el DSM lo destaca por considerarlo que tiene un mecanismo específico que puede dar cuenta de la alteración y que es definido tímidamente como una protección contra un peligro psíquico por incapacidad de recordar (DSM III\_ TR). Borrando algo fundamental en el desarrollo de la estructuración psíquica y es la represión primordial para la noción de inconsciente, y el retorno de lo reprimido para la noción de síntoma. (Maleval, 1994). Pero esto es entendible en relación a la construcción ateórica de los DSM y el enfoque conductual y seguidamente neurocientífico y genetista que

muestra en su última versión, que privilegian la descripción y explicación centrada en los síntomas vistos desde la psicopatología.

Ahora bien, plantear la descripción psicoanalítica de los síntomas propios del estatus histérico que muestra al cuerpo y sus síntomas como el escenario privilegiado de la histeria, no puede dejar la impresión de que la condición de la histeria se reduce a sus síntomas físicos, pues sucedería algo similar a lo que se pretende cuestionar y es la reducción que hizo la psiquiatría norteamericana de la histeria a sus componentes sintomáticos: Trastornos disociativos, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados como el trastorno de somatización, el Trastorno de conversión o trastornos de síntomas neurológicos funcionales, entre otros.

Lo que se quiere es mostrar cómo los síntomas que refiere Freud en sus Estudios sobre la histeria (1976h) siguen mostrándose en los que hoy la ciencia llama los trastornos de síntomas somáticos, en los trastornos de síntomas neurológicos funcionales y en enfermedades funcionales que indican no tener explicación o base biológica y neuroanatómica consistente y clara.

Pero además se quiere dejar planteado que el psicoanálisis puede explicar etiológicamente la histeria a partir del descubrimiento del inconsciente, la represión, la sexualidad de la infancia y el sentido singular de los síntomas.

En ese sentido, Freud menciona varias veces lo que llama la condición histérica, con lo cual hace referencia a un conflicto subyacente que se constituiría desde la operación defensiva o represión que se ejerce en el psiquismo contra una representación o representaciones que son inadmisibles para el sujeto. Es decir, el psiquismo establece una estrategia defensiva que consiste en separar el afecto y la representación; así la represión es una defensa contra algo que es insoportable para el sujeto. Operación de represión que termina siendo fallida en tanto hay algo que se escapa y que recibe el nombre de retorno de lo reprimido. Retorno que genera el

desencadenamiento de síntomas, que tendrán su característica, según la neurosis predominante. Así, para Freud, en las neurosis se comparte en principio la operación defensiva de represión y la permanencia en la consciencia de la representación aislada, pero es el destino del afecto separado de ésta lo que marca la diferencia en cada una. Así, en la histeria el camino del afecto está puesto en la funcionalidad corporal, esto es la capacidad de inervación: “En todas las psiconeurosis los procesos psíquicos son durante un buen trecho los mismos, y sólo después entra la solicitud somática que procura a los procesos psíquicos inconscientes una salida hacia lo corporal” (Freud, 1905, p. 38) dando lugar al síntoma histérico de conversión.

Ahora bien, ¿por qué se da esa salida hacia lo corporal en el caso de la histeria? O, en otras palabras, además de la capacidad de inervación, ¿qué otro elemento constituye a esa “condición histérica”? Y es con la teoría de la sexualidad infantil, específicamente, la postura que un sujeto asume frente al complejo de castración y el efecto que tiene en lo psíquico, como Freud va a indicar la respuesta a esa pregunta.

Sobre el desarrollo sexual infantil, Freud plantea que los dos sexos igualmente recorren los momentos del desarrollo libidinal, y que es en el ingreso a la fase fálica, con la representación del cuerpo que habrá unas consecuencias psíquicas, de acuerdo a cómo se asuma la diferencia sexual anatómica entre los sexos. De manera que, si la capacidad de inervación se suma al afecto despojado de la representación por el mecanismo represivo, esto constituirá la “condición histérica” de la que hablaba Freud.

Es decir, desde el punto de vista de lo fálico, en un primer momento el ser humano está en una postura masculina, tanto niña como niño creen que todos los seres tienen un falo, incluyendo a la madre.

De otro lado, Freud (1932) plantea que los vínculos libidinosos de la niña con la madre son diversos y ambivalentes, de naturaleza tierna como hostil agresiva. En este periodo, suele aparecer la fantasía de seducción por parte de la madre, reforzada por los cuidados del cuerpo por parte de ésta. La ligazón a la madre, que podría favorecer el paso de la niña a mujer, se va a pique bajo el signo de hostilidad convirtiéndose en odio, el cual suele tener diversos destinos: puede ser notable, perdurar toda la vida, ser sobrecompensado más tarde, superado en parte e incluso determinar las formas del amor en los años posteriores. Hostilidad que se manifiesta en reproches de diversa índole tanto en el niño como en la niña. Esas investiduras de objeto tempranas son siempre ambivalentes y se dan en ambos. Lo que hace la diferencia, convirtiéndose en el factor específico de lo femenino, según Freud, es el complejo de castración. La diferencia anatómica de los sexos no puede menos que imprimirse en consecuencias psíquicas (Freud, 1932, p. 115) y es frecuente que la niña haga responsable a la madre de su falta de pene y no le perdone ese perjuicio. El complejo de castración es vivido por ambos sexos con la visión de los genitales del otro sexo, pero bajo influjos distintos, de acuerdo no sólo al género sino también a la manera particular, subjetiva de representar dicha diferencia. Mientras en unos está la angustia de castración por la posibilidad de perderlo, en otros sería la envidia del pene por no tenerlo. Asunto que deja huellas en su desarrollo y en la formación de su carácter y un alto gasto psíquico para superarlo:

lo infantil es en todos los casos lo que marca la dirección; no siempre es lo decisivo, pero si lo es muy a menudo. Justamente en el caso de la envidia del pene yo sustentaría sin vacilar la preeminencia del factor infantil. (Freud, 1932, p. 117)

El punto de viraje en el desarrollo subjetivo es entonces el complejo de castración, y para el caso de la niña, Freud halló que se le planteaban tres orientaciones del desarrollo: una

lleva a la inhibición sexual o a la neurosis; la siguiente a la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad y la tercera a la feminidad normal (Freud, 1932, p. 117).

Este proceso vivido de manera diferente por los sujetos, en el momento de la sexualidad infantil, lleva a plantear que la condición de la histeria, tiene una manera particular de vérselas con el cuerpo donde no solo está la capacidad de inervación como destino de un afecto separado de la representación sino también lo que sucede en la relación con la madre lo que conduce a que, en dicha postura, Freud haya podido leer una pregunta a través del cuerpo por la feminidad.

El caso “Dora” se lo enseñó a Freud (ver capítulo 1), cuando los síntomas que puso en el cuerpo, la tos nerviosa y su afonía representaban una identificación al padre. Identificación que no estaba centrada en la elección de objeto sexual, sino en la identificación desde el ideal, incorporando el objeto en el yo y por el rasgo ginecófilo que se considera típico de lo amoroso en la histeria, Dora con sus síntomas le dirigía a la señora K un interés particular que daba cuenta de una atracción empujada por la pregunta por la feminidad. Esa pregunta hecha cuerpo a través del síntoma es lo que se llama la condición de la histeria. Y en esa medida, los síntomas son el retorno de esa condición y de los conflictos que se derivan de no encontrar una respuesta adecuada y consistente a la pregunta que estructura la histeria: ¿Qué es ser una mujer?



## Conclusiones

Se llegan a varias conclusiones del rastreo bibliográfico teniendo como base las categorías de análisis, ampliando significativamente los conocimientos previos al estudio y generando nuevos cuestionamientos que llevarían a un paso más adelante en el camino a profundizar sobre el tema de la histeria en tanto su cuerpo, y la pregunta por la feminidad, que podría ser planteado en una futura investigación.

Haciendo referencia a la primera categoría de análisis, la etiología de la histeria en el psicoanálisis Freudiano, se partió de unos antecedentes históricos, los cuales permitieron observar la noción de histeria hasta el momento en que surgen las tesis Freudianas a partir de sus estudios sobre la histeria. Se puede concluir a partir de los antecedentes descritos aquí sobre el trato a la histeria antes de Charcot y con la investigación y el estudio meticuloso de éste sobre la neuropatología de la histeria que no se pudo comprobar con argumentos sólidos, coherentes y claros los fundamentos organicistas, fisiológicos y neuroanatómicos de la enfermedad, como tampoco circunscribirla a una clasificación médica, pero su estudio, aunque no pudo probar su tesis de la histeria como resultado de una autosugestión dada por un traumatismo, permitió un desplazamiento paulatino hacia las “lesiones funcionales” o dinámicas”, erigiendo a partir de éstas consideraciones una teoría de la histeria traumática donde lo que estaba afectado era la función del órgano.

Desde lo desarrollado por el psicoanálisis freudiano se puede comprender que el síntoma en la histeria es considerado una representación de contenidos psíquicos, que van más allá de lo fácilmente observable, síntoma que se constituirá como una representación que habla acerca de una realidad que se escapa de lo fenomenológico y que además tiene la característica de desplazamiento e inervación en el cuerpo.

Haciendo referencia a la segunda categoría “la histeria en la psiquiatría norteamericana a partir de los manuales diagnósticos DSM”, se puede concluir que aunque hubo una sutil influencia del psicoanálisis en las versiones I y II, en un al parecer intento de articulación entre el psicoanálisis y la psiquiatría, trayendo a los manuales los términos de reacción neurótica, neurosis y mecanismos de defensa, la sustentación etiológica de los trastornos mentales desaparece categóricamente con mayor evidencia en la versión III de éstos, que se nombra como atórica. Con los nuevos planteamientos de la versión cinco, se invisibiliza también lo psicósomático, dejando ver que la situación actual de la histeria en la psiquiatría y en escenarios clínicos afines, es la sustitución del término en favor de sus signos y síntomas, erigidos como categorías, trastornos o subtipos, como los trastornos de síntomas somáticos, los cuales muestran características asociadas con signos de ansiedad, depresión, predominantemente en mujeres. Componentes que han sido muy bien descritos fenomenológicamente, aunque de manera fragmentaria y en un afán de nominar y multiplicar los trastornos para cada manual revisado. El estudio, análisis y la filigrana que comprometería la etiología de éstos, se ha perdido o no interesa a la ciencia médica actual que actúa sobre síntomas, pero que aún no niega la característica afín a todos ellos: que no hay un hallazgo orgánico ni un mecanismo fisiológico, neuronal o anatómico que demuestre su etiología, aunque cada tanto tiempo pareciera involucionar hacia éstos como sucede hoy con la neurociencia y la genética, que pareciera retornar hacia el principio de los estudios sobre la mente humana, cuando con Briquet (1796-1881) se postulaba la histeria como una neurosis del encéfalo y otros pretendieron la localización de la histeria en la anatomía, la fisiología o la herencia. De aquí se infiere que la histeria solo pudo ser pensada en la ciencia médica desde su fragmentación, ya que la concepción que este discurso tiene sobre el concepto de síntoma, de normalidad y anormalidad, lleva a hacer de la

proliferación de los síntomas de la histeria, un fenómeno que produce frustración en quienes intervienen desde la ciencia, en tanto el síntoma no es escuchado por el clínico sino intervenido para que desaparezca, lo que sería un indicador de recuperación y normalidad en este contexto, pese a que reaparezca en otras y muy diversas formas.

Haciendo referencia a la tercera categoría “manifestaciones clínicas contemporáneas de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría”, se tiene que hay una diferencia fundamental y determinante entre la disciplina psicoanalítica y la psiquiatría sobre el concepto de síntoma, que no permiten una relación entre éstas en función de la noción de histeria, donde mientras para la psiquiatría éste ha sido más asociado a la psicopatología, a los signos clínicos, objetivables y definidos por el médico, los cuales se buscan intervenir para que desaparezcan, en función de volver a la normalidad, para el psicoanálisis el síntoma es rico en sentido y por eso Freud se ocupó de trascender la psicopatología descriptiva que en principio realizó específicamente en el estudio sobre la histeria, en función de identificar los síntomas típicos de ésta.

En este sentido, aunque hayan descriptores comunes entre el psicoanálisis freudiano y la psiquiatría descriptiva en relación a los síntomas, eso no significa que la concepción del psicoanálisis se queda en lo fenomenológico y en la patologización del síntoma, pues para el psicoanálisis la adscripción del sujeto, en este caso histérico, a una descripción de síntomas típicos que pueden permitir explicar la estructura de su funcionamiento, estará determinada por su singularidad o posición subjetiva y no por acumulación de síntomas convertidos en datos o signos objetivables para un diagnóstico como sucede en la medicina y en la psiquiatría.

El psicoanálisis muestra de manera rigurosa que el síntoma cumple un motivo, un sentido y un propósito (Freud, 1916), que emerge de diversas formas. Planteamiento, que separa categóricamente al psicoanálisis de la psiquiatría, en tanto el síntoma está inscrito en una

dimensión biográfica, que se puede hacer comprensible si se atiende a la historia particular del sujeto en cuestión, pues allí se encuentra el peso que mantiene la repetición del síntoma y en el caso de la histeria, una característica y es que su mayor contenedor es el cuerpo.

El psicoanálisis no piensa los fenómenos de la histeria desde la psicopatología y el marco de la normalidad-anormalidad, por lo que su planteamiento sobre la psicopatología tiene su base en la psicología general, que quiere decir que los procesos psíquicos entre un sujeto considerado normal y otro con una psicopatología son iguales, porque ambos tienen las mismas condiciones psíquicas. Asunto fundamental que nos lleva a otra diferencia radical entre el psicoanálisis y la psiquiatría en relación al cómo se concibe la psicopatología y dentro de ésta, específicamente a la histeria y sus manifestaciones.

Los síntomas que refiere el psicoanálisis freudiano en el texto de *Estudios sobre la histeria* (1976h) siguen mostrándose en los que hoy la ciencia llama los trastornos de síntomas somáticos, en los trastornos de síntomas neurológicos funcionales y en enfermedades funcionales que indican no tener explicación o base biológica y neuroanatómica consistente y clara, como el globus hystericus, (sensación de espasmo faríngeo, de una bola que subiría del epigastrio a la garganta), los ataques convulsivos, las perturbaciones de la sensibilidad, como las anestias o hiperestesias, con alto nivel de extensión y de intensidad, que no aparecen a ese nivel en ninguna otra enfermedad, o las perturbaciones de la actividad sensorial como la ceguera histérica, las parálisis acompañadas de anestesia de la parte del cuerpo paralizada, los trastornos somáticos funcionales existentes en diferentes especialidades médicas como son el síndrome de colon irritable en gastroenterología, la cefalea tensional en neurología, el dolor pélvico crónico y síndrome premenstrual en ginecología, el dolor lumbar en ortopedia, la fatiga crónica en infectología, la fibromialgia en reumatología, entre otros.

La condición histérica desde el psicoanálisis hace referencia a un conflicto subyacente que se constituiría desde la operación defensiva o represión que se ejerce en el psiquismo contra una representación o representaciones que son inadmisibles para el sujeto. Así la represión es una defensa contra algo que es insoportable para el sujeto. Operación de represión que termina siendo fallida en tanto hay algo que se escapa y que recibe el nombre de retorno de lo reprimido. Retorno que genera el desencadenamiento de síntomas, que tendrán su característica, según la neurosis predominante. El destino del afecto separado de la representación es lo que marca la diferencia; Así, en la histeria el camino del afecto esta puesto en la funcionalidad corporal, esto es la capacidad de inervación: “En todas las psiconeurosis los procesos psíquicos son durante un buen trecho los mismos, y sólo después entra la solicitud somática que procura a los procesos psíquicos inconscientes una salida hacia lo corporal” (Freud, 1905, p.38) dando lugar al síntoma histérico de conversión.

El complejo de castración es el punto de viraje en el desarrollo subjetivo: “lo infantil es en todos los casos lo que marca la dirección; no siempre es lo decisivo, pero si lo es muy a menudo. Justamente en el caso de la envidia del pene yo sustentaría sin vacilar la preeminencia del factor infantil” (Freud, 1932, p. 117). Este proceso vivido de manera diferente por los sujetos, en el momento de la sexualidad infantil, lleva a plantear que “la condición de la histeria”, tiene una manera particular de vérselas con el cuerpo, donde no solo está la capacidad de inervación como destino de un afecto separado de la representación, sino también lo que sucede en la relación con la madre, y el rasgo ginecófilo típico de lo amoroso en la histeria, lo que conduce a que en dicha postura, Freud haya podido leer una pregunta a través del cuerpo por la feminidad.

## Recomendaciones

La especialización y sus tiempos solo me permitió pensar la noción de histeria en Freud y la psiquiatría norteamericana, dejándose notar en las conclusiones lo importante del aporte de J. Lacan al tema de la histeria y la pregunta por la mujer, por lo que el punto donde se llega en la presente investigación, es solo un puerto que me invita a partir de nuevo con un interés por continuar y profundizar la “condición histérica”, que inicia Freud pero que retoma y desarrolla con mayores posibilidades disciplinares, Jacques Lacan. Tema que cobija a su vez una pregunta por el cuerpo de la histeria, su condición y postura en relación al lazo social contemporáneo.

A nivel de la práctica clínica profesional y el trabajo interdisciplinar en los escenarios de la salud mental, considero fundamental, que se ponga en evidencia la pregunta de: ¿para qué sirve a los clínicos la descripción de los trastornos diagnósticos que se quedan en la intervención del síntoma y no apelan a la explicación etiológica que aporta a la comprensión del funcionamiento psíquico? Los clínicos pertenecientes a la psicología y el psicoanálisis especialmente, necesitan lograr mantenerse en un estudio crítico y riguroso de lo psíquico, de la neurosis, de la histeria, que permita abrir y mantener el espacio dialéctico en los staff, comités clínicos y grupos interdisciplinares en relación a las llamadas psicósomáticas y enfermedades funcionales, que en muchos casos no se atienden, no se diagnostican correctamente, están rodeadas de temor o están farmacológicamente tratadas como si fueran enfermedades orgánicas y en ocasiones crónicas.

## Referencias

Alarcón, F. J. (2010). Modelos en psicósomática. *Revista de psicoanálisis*, (61), 79-104.

Alvarenga, E. (2013). El cuerpo en la historia: discurso de la ciencia y discurso analítico.

*Bitácora Lacaniana*, (02), 140-145.

Amoruso, L. (2010). Una perspectiva neurocientífica sobre la histeria. *Revista Colombiana de*

*Psicología*, 19(1), 85-95.

Álvarez, J. M. et Al. (2009). *Fundamentos de psicopatología y estructuras clínicas*. Madrid,

España: Editorial Síntesis.

Askofaré, S. (2019). *Manifestaciones de la segregación y racismo de los discursos*. En

Seminario internacional sobre violencia, segregación, inclusión: paradojas actuales.

Seminario llevado a cabo por Grupo de investigación Psiconex, Facultad de Ciencias

Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM I)*.

American Psychiatric Association Mental Hospital Service: Washington D.C.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM II)*.

American Psychiatric Association Mental Hospital Service: Washington D.C.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM II)*.

American Psychiatric Association Mental Hospital Service: Washington D.C.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos*

*mentales (DSM IV)*. American Psychiatric Association Mental Hospital Service:

Washington D.C.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM V)*.

American Psychiatric Association Mental Hospital Service: Washington D.C.

Carvajal Vallejo, M. E. (2013). Recorrido de la teoría freudiana sobre la histeria en la psiquiatría norteamericana. *Affectio Societatis*, 10(18), pp. 1-19.

Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30(2-3), 81-90.

Freud, S. (1976a). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos: Psicoanálisis y psiquiatría. En *Obras Completas Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1976b). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En *Obras Completas Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1976c). Apreciaciones generales sobre el ataque histérico. En *Obras Completas Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Freud, S. (1976d). Conferencia 16: Psicoanálisis y psiquiatría. En *Obras Completas Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1976e). Conferencia 17: El sentido de los síntomas. En *Obras Completas Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1976f). Conferencia 33: la feminidad. En *Obras Completas Tomo XXII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1976g). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras Completas Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.



- Freud, S. (1976h). Estudios sobre la histeria. En Obras Completas Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976i). Fragmentos de análisis de un caso de histeria (Dora). En Obras Completas Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1976j). Histeria. En: Obras Completas Tomo I. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976k). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1976l). La etiología de la histeria. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo III: Primeras publicaciones psicoanalíticas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976m). La histeria. En Sigmund Freud obras completas Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976n). La identificación en: Psicología de las masas y análisis del yo. En Obras Completas Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976ñ). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En Obras Completas Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1976o). Las neuropsicosis de defensa. En Obras Completas Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976p). Manuscrito I: Migraña puntos establecidos. En Obras Completas Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976q). Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En Obras Completas Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1976r). Pulsión y destinos de pulsión. En Obras Completas Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1976s). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En Obras Completas Tomo III. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976t). Sobre la sexualidad femenina. En Obras Completas Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976u). Sobre la teoría del ataque histérico. En Obras Completas Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1976w). Tres ensayos de teoría sexual infantil. En Obras Completas Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez, M., Galeano, C. & Jaramillo, D. (2015). El Estado Del Arte: Una Metodología de Investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6 (2), pp. 423-442.
- GUZMÁN-MARTÍNEZ, G. R. E. C. I. A., & Aguirre-Calleja, A. C. (2018). Trayectorias del cuerpo en la psicopatología: un acercamiento crítico a la histeria. *CS*, (26), 119-143.
- Hernández, R. (2017). Sociedad e histeria el síntoma como crítica y subversión. En: *Teoría y crítica de la psicología*, (9), 274-281.
- Huberman, G. (2007). *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Maleval, J. C. (1994). Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14(49), 269-290.
- Martínez S., C. (2015). El compromiso interpretativo: un aspecto ineludible en la investigación cualitativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33 (1), p. 59.
- Porter, R. (2008). *Dioses y demonios. Breve historia de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica.

Porter, R. (2008). *La racionalización de la locura. Breve historia de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica.

Quinet, A. (2016). *Psicosis y lazo social*. Buenos Aires: Letra Viva.

Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson Editores.