



BIBLIOTECA

T
RC532
R6
c.1

T
RC532
R6
C.1



1080070840

57-
01

U. A. N. L.

MONOGRAFIA.

ESTUDIO CLINICO DE LOS SINTOMAS DE LA HISTERIA
DE CONVERSION.



BIBLIOTECA

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

RUBEN RODRIGUEZ VILLARREAL.

JUNIO DE 1979.

35 h.

000190

T
RC532
R6



(70840)



I.- RESUMEN HISTORICO DEL ESTUDIO DE LA HISTERIA DE CONVERSION.....	1
Charcot.....	2
Babinski.....	2
P. Janet.....	3
Breuer y Freud.....	4
II.- PSICOGENESIS	
El complejo de Eipo.....	7
La formación del Ideal de Yo y -superyó.....	9
III.- PSICO-DINAMIA.	
1.- La sugestibilidad.....	11
2.- La Histeria.....	11
3.- Alteraciones Sexuales.....	13
IV.- EL ESTUDIO CLINICO DE LOS SINTOMAS CONVERSIVOS.	
1.- Paroxismos, Crisis, Manifestaciones Agudas.....	14
2.- Síndromes Funcionales.....	17
3.- Manifestaciones Viscerales.....	20
V.- NUEVAS APORTACIONES.-	
1.- Aplicación de la Frostigaina como medio para diagnosticar- las parálisis histéricas.....	22
2.- Restablecimiento de la función inhibida por un cambio de - la orientación mental.....	24
3.- Estudios de los potenciales evocados en los histéricos con- versivos.....	26
VI.- Diagnóstico.....	28
VII.- Pronóstico.....	30
VIII.- Tratamiento.....	31
IX.- Conclusiones.....	34
X.- Bibliografía.....	37

I N T R O D U C C I O N .

El estudio de la histeria ha provocado, como en ningún otro capítulo de Psiquiatría, las más extensas y obligatorias discusiones, sobre lo físico y lo moral, lo orgánico y lo psíquico. Pero nos preguntamos ; Por qué estas discusiones ! Pues bien, el histérico es un neurótico cuya sintomatología es tan amplia, expresiva e intencional que parece ser de carácter exclusivamente psicológico; pero la discusión radica en que algunos neurólogos y psiquiatras concuerdan en que es puramente psicológico el contenido del histérico, sólo que los primeros hablan de pura imaginación y los segundos de afectividad inconsciente, lo cual como es obvio no es la misma cosa de la que están hablando.

Este dualismo debe de ser superado; si bien los síntomas histéricos no dependen de factores o lesiones orgánicas, no por eso la histeria deja de tener condiciones de tipo biológico, constitucionales y neurofisiológicas en la organización de la persona.

Ahora bien, aceptando lo antes dicho tenemos que pensar que necesariamente la histeria es una forma de existencia patológica, cuyos síntomas están formados por la expresión de las fuerzas psíquicas de tipo inconsciente.

En otras palabras diremos que la histeria debe ser comprendida en los dos planos, tanto en lo orgánico como en lo psíquico, ya que como todas las enfermedades psíquicas son físicas en un segundo grado.

Esto nos lleva a pensar que el mejor método para entender dicha patología es un estudio lo más amplio posible de sus manifestaciones orgánicas por medio de las cuales se expresa y de esta manera conocer mejor los

contenidos y significados de dicha expresión.

Otro aspecto de suma importancia es lo referente al hecho contundente del dominio del psiquismo (corteza cerebral), sobre todas las funciones orgánicas, incluyendo a las consideradas como autónomas, y no sólo como se creía anteriormente que los síntomas histéricos se manifestaban en forma exclusiva en las funciones voluntarias.

Como se puede notar, el estudio de las enfermedades mentales, obliga a todos aquellos que se dedican a la realización del mismo (Psiquiatras, Psicólogos) a que cuenten con el más amplio conocimiento de las relaciones de lo psíquico y lo orgánico.

CAPITULO I

"RESUMEN HISTORICO DEL ESTUDIO DE LA HISTERIA DE CONVERSION".

El estudio de esta neurosis merece una revisión de su desarrollo histórico. Sus principales signos eran ya conocidos desde la antigüedad y sus características han motivado grandes discusiones entre los estudiosos de todas — épocas.

Desde la antigüedad y en particular desde Hipócrates, quien trató de dar una explicación orgánica a los síntomas de la histeria, observó que las mujeres eran más propensas a desarrollar estos síntomas (pensaba que las mujeres eran las únicas que podían desarrollarlos), y segundo, que tales síntomas estaban generalmente ligados con una desadaptación sexual; de aquí — concluyó que estas manifestaciones son producto de la inquietud de un útero frustrado (las mujeres que no habían podido embarazarse o las que abusaban — de los placeres venéreos).

En la edad media, con su marcado interés por los fenómenos sobrenatu— rales y la posesión diabólica de las famosas reuniones de brujas las descripciones que se poseen de estos personajes con sus curaciones milagrosas tan — frecuentes en esa época, manifiestan claramente la facilidad con la que di— chas personas respondían a una terapéutica de sugestión.

Todavía en 1682, Thomas Sillis reunía con el nombre de histeria a la— mitad de las enfermedades crónicas; la patología lesional orgánica y la psi— cosis y neurosis dentro de una sola categoría (1).

El primer adelanto de que se tenga noticia en el estudio de la histe— ria data del siglo XIX. Al parecer, este tipo de neurosis era muy frecuente— en esta época, como lo son hoy los estados de ansiedad.

Tal vez la influencia de las costumbres sociales tuvieron un papel importante en la frecuencia de esta enfermedad, debido a las ideas sexuales con que eran educados los individuos.

La confusión existente en épocas pasadas acerca de la clasificación de la Histeria, crea grandes problemas para el estudio de las mismas. En Francia, la evolución de las ideas de Charcot y Babinski muestran las dificultades sufridas por dicha confusión. Fué Charcot el primero en diferenciar la EPILEPSIA DE LA HISTERIA, calificándola como un trastorno fisiopatológico del sistema nervioso (degenerativa hereditaria), (2), utilizando para dicho estudio el método de observación médica, logrando con éste una descripción de la sintomatología de la histeria.

No fué sino hasta 1901- 1909 que el neurólogo Babinski notó que el método de observación médica dejaba varias lagunas en el estudio de la histeria, decidiendo estudiar sus síntomas con un control más riguroso. Como resultado de esto, logró diferenciar lo que son las parálisis, las crisis o los trastornos orgánicos del sistema nervioso, de los trastornos que pueden ser reproducidos por sugestión. Es aquí donde logra ver el fenómeno de "Pitiatismo", (3) el cual significa que algunos trastornos pueden ser reproducidos por sugestión, dando así como forma o base esencial de la histeria, la autosugestión.

A raíz de esto Babinski, quiso definir la histeria de la siguiente forma:

La histeria es un estado psíquico que hace al sujeto capaz de autosugestionarse. Se manifiesta por trastornos primitivos y esesoramiento por trastornos secundarios. Lo que caracteriza a los trastornos primitivos es que se pueden reproducir por sugestión con una exactitud rigurosa en ciertos sujetos y hacerlos desaparecer bajo la influencia excesiva de la persuasión. Lo que-

caracteriza a los trastornos secundarios, es que están estrechamente ligados a los primitivos (4).

En este intento de definir la histeria, es donde fracasa Babinski, ya que dicha definición está basada en términos tales como sugestión, persuasión, etc. los cuales él no podía explicar, ya que exigen un estudio analítico de la personalidad del individuo. Con esto se corría el riesgo de que la histeria fuera considerada como una simulación y por lo tanto no tenía objeto su estudio para las ciencias médicas de esa época.

Pero como veremos más adelante, ésta fué la pauta para que se desarrollara un verdadero estudio de la fuente provocadora de la histeria; el psiquismo.

Debido a los adelantos de Babinski, la histeria se convierte en algo que no existe, o que no corresponda a la neurología, provocando así la idea más clara de que dicha enfermedad debe interbarse dentro de la Psiquiatría, la cual es su realidad.

Ya con este sentido de las causas de la histeria, pero sin dejar de hablar de fondos orgánicos, aparece P. Janet, quien jamás se apartó de las teorías organicistas de Jakson. Decía que la histeria se trataba de un debilitamiento de la tensión psíquica que puede favorecer los shocks emocionales y los recuerdos traumáticos (con esto justificaba su acción subjetiva y su curación por hipnosis). Todo esto fué el resultado del estudio de las relaciones de la histeria con la hipnosis y los automatismos psicológicos (5).

Según P. Janet, la estructura de la conciencia del histérico, es la que está alterada. Para esto hace una analogía de como sucede en la hipnosis, en la cual aparece una concentración y reducción del campo de la con-

ciencia sobre una idea surgida, o sea que es la alteración de la conciencia, se debe a una autohipnosis, ya que el histérico cuenta con una aptitud para vivir intensamente las imágenes de tal manera que se hipnotiza con ellas, desarrollando así su realización plástica y motora de la idea fija (imágenes) que constituye el síntoma principal de la histeria. A esta idea fija es la que llama Automatismo psicológico, el cual está compuesto en su contenido por las causas psicológicas insistentes (sentimientos, creencias, deseos, recuerdos, etc.) que son liberados debido a la debilidad de la conciencia, dando por consiguiente el síntoma (parálisis, amnesias, doble personalidad, etc.).

Todo lo antes mencionado lo lleva a un punto de mucho interés para el estudio de esa época, ya que habla de un aspecto de desorganización o de la desintegración del Yo, tal como puede ser realizado por medio de la hipnosis u observados en las crisis y en las manifestaciones histéricas.

No fué sino hasta que aparece Freud, quien en un principio trabajó — junto con Breuer (la labor de Breuer en un principio en el estudio de la histeria fué de mucha importancia para que el mismo Freud desarrollara su teoría sobre la misma) quien demuestra claramente que los síntomas histéricos no son fenómenos sobrenaturales, ni manifestaciones de una degeneración moral, sino que es el resultado de un proceso lógico, que se puede entender una vez que se conoce la motivación inconciente.

El hecho de que una persona pueda regirse por pensamientos, sentimientos e impulsos interiores de los que no es consciente, no llamaré actualmente la atención, pero cuando este concepto se presentó por primera vez causó una gran revolución dando comienzo a la primera intuición al desarrollo del Psicoanálisis, observando también la importancia de la transferencia afectiva de los pacientes histéricos al terapeuta.

Freud establece entonces su primera teoría del inconsciente patógeno - para después ir más lejos aún, ya que a raíz del estudio de una enferma — (en compañía de Breuer -1895) a la que éste último cura constantemente sus síntomas por medio de la liberación de lo reprimido a una expresión de los mismos. De esto Freud observa que los fenómenos histéricos provienen de la represión en el inconsciente de los sentimientos, deseos y traumas que expresan, y además estos elementos reprimidos tienen un origen sexual.

De esta manera, Freud establece su teoría sobre la histeria basada en la represión de los recuerdos, la cual planteaba de la siguiente forma:

1.- En el curso de la crisis surgen antiguos recuerdos (infantiles), que no se encontraban en la memoria consciente (inconsciente), y censurados por su carácter intolerable (reprimidos).

2.- Que las manifestaciones se las considera como experiencias simbólicas de los sentimientos en relación con los recuerdos reprimidos, o sea en otras palabras, los síntomas son la manifestación simbólica del conflicto (6).

Más tarde dicha teoría se ve enriquecida por el afán de entender el contenido de la histeria, con el recurso de la idea de regresión y quedando la teoría de la siguiente forma:

La neurosis histérica se caracteriza por su estructura inconsciente por la fijación y la regresión a la fase de edipo o genital. Como podemos ver ahora, no solamente se trata de una situación traumática, sino de un desarrollo libidinal defectuoso.

La histeria entra de ese modo en una nueva fase de estudio, que ha permitido captar su contenido, dando además la pauta para el estudio de las demás enfermedades psíquicas y en general al estudio metodológico de las funciones o actividades psicológicas que en esa época eran desconocidas.

CAPITULO I.-

- (1) MANUEL DE PSICOLOGIA PATOLOGICA,
J. Bergele.
- (2) INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA,
S.H. Francis. Artur G. Carr.
- (3) TRATADO DE PSIQUIATRIA.
- (4) P. Bernard, Ch. Briquet, Henri Ey.
- (5) NEUROSIS Y PSICOSIS.
- (6) A. Ch. Desselman.

CAPITULO II

PSICOGENESIS^m.

EL PERIODO EDIPICO.

El llamado período edípico se manifiesta de los 3 a los 6 años; sin embargo, el pensamiento de Freud evoluciona en este aspecto, después de — haber admitido que edipo sería destruido después de los 6 años, al menos — en el niño (varón), quedando solamente en un estado represivo, efectuándose plenamente la elección del objeto hasta la pubertad (última oportunidad — para resolver la sexualidad espontáneamente).

En este período donde los lazos afectivos de los niños para con sus padres se manifiestan con mayor intensidad. Este afecto característico de esta edad, tiende a concentrarse en el padre del sexo opuesto. En consecuencia aparece una competencia con el padre del mismo sexo. Es característico que el niño desarrolle una actitud de entera posesión hacia la madre, — así como la niña hacia el padre, aunque ambos padres sigan siendo importantes para cada uno de sus hijos de ambos sexos.

Para explicar más profundamente lo antes dicho, lo podemos decir de la siguiente forma; El complejo de edipo en el niño tiene tres aspectos — fundamentales; primero, consiste en que el niño es completamente dependiente de la madre, y se ve forzado a introducir a su padre en la diada inicial madre-hijo, debido a las relaciones entre los padres, ya que el objeto de deseo de la madre es el padre, poseedor del fallo y la autoridad. A partir de este momento el niño sufre dos fijaciones, la primera fijación — radica en que en un principio el niño trata de obtener el objeto en una posición francamente sexual (la madre). En este intento de conquistar a la — madre, el niño encuentre un rival en la persona del padre, al cual envidia

su superioridad real, dando por consiguiente un aumento en las fantasías de castración, debido al sentimiento de culpabilidad, por la presencia real paterna. La segunda fijación es la llamada "forma positiva del edipo", la cual consiste en una "fijación libidinal con el padre", que se manifiesta en dos planos:

a).- La de un rival a suplantar.

b).- La de un modelo a imitar, a quien parecerse, por medio de una identificación (proceso de asemejarse a alguien o algo en cierto aspecto del pensamiento o la conducta, basado en la integración de Yo de la imagen del objeto exterior) (1).

Debido a que la competición edípica no es real sino imaginaria, porque la madre ya ha escogido al padre y no puede dar al niño más que consuelo materno desligado de la libido erótica. Esto lo lleva a contemplar la inutilidad de sus esfuerzos para conquistar a su madre, logrando así superar la angustia de castración, debido al abandono del objeto incestuoso y a la competición con el poder. De así como se lanza a la conquista de los objetos sustitutivos, pero también es necesario que el niño renuncie a la seducción respecto al rival paterno. La actitud femenina y tierna del niño respecto al padre es estructurante en la medida en que pueda ser superada (segunda fijación). En caso de que no supere, dicha fijación determinará actitudes homosexuales pasivas inconscientes, lo mismo que existirá un complejo de castración (inconsciente) que será el causante de un edipo no resuelto.

En la niña, este complejo es un poco diferente, ya que en un principio ésta tiene la impresión de que en otro tiempo poseía un pene y que su madre se lo ha quitado. Su objetivo es ahora obtener del padre lo que su madre se lo ha quitado. A esto se añade, como pasa en el niño en forma análoga un

odio rencoroso cargado de culpabilidad hacia la madre. La disolución del complejo se da por la impotencia de la niña de competir en la lucha por la obtención del padre y por el miedo de perder el cariño de la madre, de la cual era anteriormente dependiente de ella. Esto toma el papel como en el caso del niño con su angustia de castración, apareciendo el proceso de identificación finalmente con el padre del mismo sexo.

Las relaciones de cariño entre el niño y sus padres, con todos sus elementos de ternura, sexualidad, competencia e identificación, son el modelo de sus relaciones afectuosas posteriores (2). Es sin duda el complejo de Edipo el "organizador central de la estructuración de la personalidad del sujeto" (3).

En un paciente con histeria de conversión el daño ha sido producido por una obstaculización de la maduración sexual, con lo que los sentimientos sexuales reprimidos encuentran su expresión a través de otros órganos del cuerpo.

EL PAPEL DEL COMPLEJO DE EDIPO EN LA FORMACIÓN DEL IDEAL DEL YO Y DEL SUPERYO.

El ideal del yo; esta noción puede ser confundida con el superyó. El primero constituye un modelo al cual el sujeto intenta imitar. Su función principal es ser una referencia al Yo, y su origen es esencialmente narcisista. Este ideal del Yo, tiene su inicio en la fijación libidinal con el padre, ya que se utiliza como modelo a seguir debido a que la identificación es un proceso psicológico, por el cual el sujeto asila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma parcial o totalmente, según el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia por una serie de identificaciones. Para Freud, el Yo, está constituido por la sedimentación de las antiguas relaciones objetales o incluso la relación de objeto perdido es reemplazado por la identificación del Yo con el objeto (4).

El ideal del Yo, es el heredero del narcisismo.

El superyó es la interiorización de todas las prohibiciones pasadas y presentes (pulsiones sexuales). Pero hay que hacer notar que para librarse de los conflictos centrados sobre el amor, el odio, la culpabilidad y la angustia, el niño no se identifica con sus padres tal y como son en realidad; sino con padres idealizados, puros, sin defecto, fieles a sus principios, etc. En otras palabras lo que es interiorizado es el propio superyó de los padres.

CAPITULO II

- (1) MANUAL DE PSICOLOGIA PATOLOGICA,
J. Bertera.
- (2) NEUROSIS Y PSICOSIS.
B. Ch. Rosselma.
- (3) Obras Completas de Sigmund Freud.
Tomo I.
S. Freud.
- (4) TRATADO DE PSIQUIATRIA,
P. Bernard Ch. Brisset Henri By

CAPITULO III.

"PSICODINAMIA"

"EL CARACTER HISTÉRICO Y LA PERSONA HISTÉRICA".

Las manifestaciones históricas representan simbólicamente una tentativa -- de resolver un conflicto neurótico. El significado de dicho simbolismo es muy personal y sólo se podrá entender en la medida que se conozcan dichas experiencias.

Sabemos que las manifestaciones históricas se presentan a nivel corporal. ¿ Pero que sucede con la personalidad del histórico que contiene en forma latente estas manifestaciones?.

A este respecto, siempre se ha insistido sobre tres aspectos fundamentales del carácter histórico:

1.- LA SUGESTIVIDAD; la cual hace presentar a un individuo plástico, ya que es sumamente sensible a la sugestión, a la hipnosis y a la autosugestión. Este tipo de otra forma es muy influenciado e inconsistente, ya que su persona no consigue fijarse en una identidad personal bien definida.

La inconsistencia de la persona, se debe, a que el Yo del histórico -- es un Yo que no se identificó consigo mismo. De todos es sabido que esto es provocado por una falta de identificación del ideal del Yo en el período edípico (1). De esta manera presenta el histórico una falsedad en su organización personal, desarrollando uno o varios personajes, para así vivir una falsa existencia.

2.- MITOMANIA.- El histórico siempre falsifica sus relaciones con -- los demás, ya sea como un espectáculo para llamar la atención sobre él, -- queriendo, provocando o erotizando las relaciones con comedias, mentiras, y -- fabulaciones. Esta actitud se presenta como un rasgo y síntoma primario a --

la vez, pues se trata de una seducción y avides afectiva, distinguiéndose por una precipitación de la misma, tendiente a acortar las distancias entre él y los demás (?). Pero esta actitud es una falsificación, puesto que en cuanto se tiene una respuesta afectiva, aparece una ruptura inmediata y una fuga violenta.

Estas fugas se presentan en cuanto el enfermo se ve muy comprometido emocionalmente. A su vez, éstos síntomas conversivos (sugas) tienen la finalidad de disfrazar la angustia evitando así los impulsos de tipo sexual. Las representaciones que por medio de la represión (designación de la exclusión del material doloroso de la conciencia, tanto el que nunca fué consciente, -represión primaria- como el que alguna vez fué consciente, pero ha sido relegado al inconsciente -represión secundaria- o represión propiamente dicha) (3) son llevados de la conciencia a la inconsciencia, apareciendo una represión conseguida, que se manifiesta en amnesia total y se interpreta como la gran indiferencia.

Los afectos que se desprenden de las representaciones reprimidas, se convierten en el cuerpo del síntoma somático o su equivalente psíquico, conservando dichos afectos sus características originales. De éste resulta su carácter simbólico y la erotización de las actitudes psíquicas. A todo lo antes mencionado, le podríamos llamar, "la actitud de represión amnésica de los acontecimientos reales".

Esta actitud y su conducta demuestran el deseo de substituir el principio de realidad por el del placer y la fantasía, los olvidos, los falsos recuerdos y los recuerdos pantalla, constituyen según Freud una de las características esenciales de la insinceridad inconsistentes del histérico (4).

Así la neurosis aparece como una neurosis del deseo, de gustar

de exhibirse, de seducir, de ofrecerse como un espectáculo. Estos deseos según las conductas de represión censuran o niegan todos los acontecimientos de la vida personal, al mismo tiempo que las exigencias profundas de las pulsiones libidinales.

3.- ALT RAGI EL SE LAIFS: Es esta patología lo que distingue y le dá el nombre a esta neurosis. El histérico no es un erótico o hipererógeno, ya que no son ninfeomanos o exi ados sexuales (5). Significa solamente que su sexualidad está afectada o alterada. En el caso de las expresiones emocionales y pasionales tienen mucho de teatral, el acto sexual es más o menos frecuente y la frigidez más rara de lo que se cree. El acto sexual del histérico presenta un carácter amnésico, ya que se realiza sin pensarlo o se olvida rápidamente, evitando así el compromiso afectivo (6).

En su falsificación de la existencia, el histérico reemplaza el orgasmo (imposible para él), ya que siempre presenta una actitud de rechazo a la sexualidad adulta (7), por el goce, el juego y el simulacro dando así oportunidad a que su imaginación sexual, se desenvuelva en forma simbólica — satisfaciendo sus represiones ya que sólo toma el papel de actor, quedando así protegido del compromiso emotivo.

CAPITULO III.-

- (1) MANUAL DE PSICOPATOLOGIA.
- (6) J. BERGLER.
- (2) COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY II.
Alfredo M. Freedman.
Harold F. Kaplan.
- (3) TEORIAS PSICOANALITICAS DE LA PERSONALIDAD.
Gerald S. Blum.
- (4) INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA.
S.H. Frazier - Arthur G. Carr.
- (5) TRATADO DE PSYCHIATRIA.
P. Bernard Ch. Brisset. Henri Ey.
- 6).- NEUROSIS Y PSICOSIS.
B. Ch. Besselmann.

CAPITULO IV.

"ESTUDIO CLINICO DE LOS SINTOMAS HISTERICOS CONVULSIVOS".

La clasificación de los síntomas clínicos que trataremos de realizar, — será basada en la que se propone en el Tratado de Psiquiatría de Henri Ey, P. Bernard y Ch. F. risset. La que consideramos que es la más amplia y organizada con que se cuenta; además de que se ampliará con algunos datos encontrados en nuestra investigación.

Realizaremos un orden de tres grupos de síntomas de la histeria convulsiva:

LOS PAROXISMOS: Las crisis neuropáticas.

LOS SINDROMES FUNCIONALES: Inhibición de las funciones psicomotrices del sistema nervioso.

LOS TRASTORNOS VISCERALES O TISULARES: Trastornos funcionales.

1.- PAROXISMOS, CRISIS MANIFESTACIONES AGUDAS.

Este tipo de manifestaciones se encuentran en la llamada crisis histérica, que es muy rara en su forma completa (la gran crisis de Charcot) pero — que es necesario describir, ya que las otras manifestaciones paroxísticas son fragmentos que se presentan o se observan más frecuentemente en la práctica — clínica.

A.- LOS GRANDES ATAQUES DE HISTERIA.- Es la llamada gran crisis, — que en un principio fué descrita por Charcot, y se trata de una crisis de agitación espectacular cuyo contenido sexual está a menudo presente y que puede — tomar toda especie de formas, desde el acceso de sonambulismo en pleno día — hasta la imitación de la crisis epiléptica.

Dicha crisis se divide en cuatro períodos:

a.- Período epileptoide: Esta fase tónica se acompaña de una baja —

en la relajación e inmovilización de todo el cuerpo, convulsiones crónicas, que van de menor a mayor grado, para terminar con una completa calma de breve duración.

b.- Período de Contracciones: Aparecen movimientos variados con cierta intención acompañados de gritos y lamentos, semejando una lucha contra otro ser. Es en este período como en el siguiente, donde comienzan a manifestarse más claramente el contenido psicológico de esta patología.

c.- Período de Trance: Es también conocido como el período de actitudes pasionales, en el cual el enfermo imita escenas violentas y eróticas, esto se repite en pleno sueño, permitiéndole vivir sus fantasías que por lo regular se repite el mismo tema en cada crisis. Se trata del retorno de un recuerdo inviolable y de tipo inconsciente. Si esta fase no llegara a presentarse en el ataque, el sujeto puede ser llevado a un estado hipnótico, el cual permite la presencia de esta fase.

d.- Período Terminal y Verbal: Es aquí donde el enfermo recobra rápidamente la conciencia, en medio de visiones alucinatorias y contracciones residuales pronunciando palabras que contienen el tema delirante que acaba de pasar.

El ataque en sí, puede entenderse como la liberación de una pulsión reprimida el cual puede ser provocado por el simple record reprimido, la estimulación de la zona histógena o un acto traumático similar al original. Por último diremos que el estado de memoria presenta un fenómeno muy singular ya que se recuerda solamente los actos de motilidad y se olvidan todos los procesos psíquicos que suceden durante la crisis (1).

B.- FORMAS MENORES: Existe otro tipo de crisis, que tiene el mismo valor clínico que las antes mencionadas y que son frecuentemente conocidas

como crisis nerviosas, en las que la agitación, la burda similitud con la-epilepsia, el carácter expresivo emocional, tanto en el aspecto erótico como agresivo, las hace conservar los rasgos esenciales de una crisis.

a).- La Crisis Sincopal: Esta crisis comienza con un sentimiento de malestar en el sujeto, palidece, expresa su angustia y se desploma. El desvanecimiento tiene duración de algunos minutos, seguido por una fase de fatiga la cual se vive de manera consciente, ya que no presenta amnesia del episodio crítico. Los signos físicos son exclusivamente los que abarcan la inervación del vago; pulso lento y débil y baja presión.

b).- Las Crisis con Sintomatología de tipo Experimental: Se agrupan en esta crisis todas las manifestaciones de tipo motriz que se pueden equiparar con las formas menores de la gran crisis; por ejemplo, el acceso de hipo, de bostezos, de estornudos, crisis de risa o llanto injustificado, temblores, sacudidas musculares, tics o grandes movimientos de tipo coreico.

c).- La Histeroepilepsia: Se refiere a las llamadas epilepsias afectivas o de crisis neuropáticas que aparecen en epilépticos reales, pero que sin embargo se dificulta realizar una separación clara de los aspectos paroxísticos o intracríticos - de la epilepsia y las manifestaciones histericas.

d).- Las Crisis Tetaneiformes: Aquí se presenta el mismo problema que en la anterior crisis debido a las relaciones que existen entre la emoción y la hiperpnea, debido a la capacidad convulsiva de los dos estados, en que se pierde la claridad para saber si la hiperpnea actúa por su valor emocional o la emoción por sus factores hormonales.

Ninguno de estos estados presentan amnesias durante el período crítico.

El interés que tienen estas formas clínicas de la crisis histerica es el de mostrarnos las fronteras de la histeria y de ciertos síndromes

que, por su misma continuidad pueden enseñarnos algo sobre los "sustratos orgánicos" de la histeria. Así, las crisis sincopales nos remiten a una cierta debilidad neurocirculatoria; las relaciones de la histeria con los trastornos extrapiramidales o con las epilepsias nos muestran, que sin tratarse de hallar una identidad de la estructura lesional, lo que sería absurdo, puede suponerse la existencia de "vías comunes" (Ajuriaguerra) a la histeria y a ciertas afectaciones cerebrales; por último, la similitud con la tetania nos abre un camino hacia los desequilibrios humorales. Inversamente, estas formas clínicas nos muestran que los síndromes neurológicos o generales bien definidos, las "incidencias psicosociales" pueden desempeñar un importante papel, ya que cuentan con la capacidad de desencadenar síntomas (2).

2.- SÍNDROMES FUNCIONALES.

En esta patología se incluyen, todos los aspectos de la vida de relación.

A.- LAS PARÁLISIS: Estas, las dividiremos en dos grupos principales.

a.- Las Parálisis Funcionales (movimientos anormales): Estas parálisis se caracterizan por la imposibilidad de realizar un movimiento coordinado con una misma intención o significación funcional.

LA ASTASIA.- Abasia.- Es un disturbio dramático de movimientos bruscos del tronco, las caderas, pasos irregulares, movimientos rítmicos de las manos. Cuando camina el paciente parece que se cae, pero se toma de todos lados, y es muy raro que falle (3). Otro punto importante es que estos pacientes realizan correctamente sus movimientos cuando creen que no son observados (Pincus, Tucker).

Otro ejemplo es de ésta patología, es la "afonía o pérdida de la voz alta", en la cual sólo se conserva el cuchicheo.

EL AMITAL: La aplicación intravenosa de 250 a 500 mgr. de este medicamento, sirve para ayudarnos a establecer el diagnóstico de histeria en el caso de dificultades de movimiento. Se le pide al paciente que ejecute la respuesta motora que anteriormente encontró difícil. Si hay mejoría en su movimiento, desordenado el diagnóstico de histeria debe de ser sostenido. Si la marcha se deteriora se sostendrá el diagnóstico de organicidad (Pincus, Tucker).

b).- Parálisis localizadas (las parálisis propiamente dichas): ---
Son parálisis de un miembro, las cuales se caracterizan por ser espásticas, paradójicas, dando así la impresión de obedecer a una inhibición emocional o de sugestión con cierta intencionalidad, más que un problema real. Estas pueden ser monoplejías, hemiplejías y paraplejías.

Estos trastornos se diferencian de los reales, en los siguientes aspectos:

Las parálisis histéricas son siempre de tipo cortical.

Son todas de tipo flácida.

Son absolutas, o sea que tienen una limitación exacta y una intensidad excesiva.

Siempre se acompañan de trastornos de la sensibilidad.

No obedecen las leyes anatómicas. (aberrantes) (4).

B.- LAS CONTRACTURAS Y LOS ESPASMOS: Este tipo de parálisis espásticas se ven grandemente influenciadas por factores psicológicos en su sistematización, haciéndolas paradójicas y muy variables. Se observa "la torticolis" que son contracturas del cuello o de los miembros exclusivamente. Se observa también "el falso mal de Pott" que son contracturas del tronco. También se observan manifestaciones tónicas o espásticas como el hipo, vómitos y espasmos oculo-faciales.

C.1 LAS ANESTESIAS:-- Estos trastornos de la sensibilidad in---

cluyen todas las modalidades de la misma por ejemplo, las percepciones tég tiles, dolorosas o térmicas. Estas anestias pueden ser parciales o totales, unilaterales o bilaterales, dependiendo de la fantasía de que se trate, dando así por consecuencia no respetan las leyes de la conducción del sistema nervioso.

EL FAQUELISMO: Es un trastorno en el cual aparece una anestesia total que incluye a todos los territorios cutáneos, modalidades sensitivas y sensoriales.

LA ALOQUIRIA: Esta se distingue por presentar una sensibilidad transferida de un lado a otro del cuerpo.

ANESTESIA DE GUANTE: Se presenta sólo un estado de anestesia en alguna de las manos exclusivamente.

D.- TRASTORNOS SENSORIALES: Son alteraciones de una parte, como de la totalidad de una función sensorial; por ejemplo LA CEGUERA HISTERICA, la cual consiste en una contracción concéntrica del campo visual "vista de túnel".

La ceguera total no se presenta en la histeria, ya que es poco común que los pacientes conozcan el mecanismo necesario (5).

En los trastornos visuales y auditivos de este tipo, se ha observado que los estímulos periféricos se reciben, se transmiten, se registran centralmente y son usados en acciones integradas, pero que en los niveles de conciencia no son recibidos (6).

3.- MANIFESTACIONES VISCERALES:

A este tema le daremos un especial interés ya que establece un nuevo punto de vista sobre el alcance de la histeria.

Desde los tiempos de Charcot y Babinski se ha discutido la idea de que sólo los instrumentos de la vida de relación eran los afectados ex-

clusivamente por la histeria y que los trastornos vegetativos correspondían a los síndromes psicósomáticos. Es realmente esta limitación del campo de acción lo que suscita dicha discusión. Pero a la vez no es difícil admitir que la vida inconsciente puede actuar sobre fenómenos vitales, y por consecuencia pueden expresarse por medio de trastornos viscerales.

Actualmente se consideran tres principales manifestaciones hísticas de tipo vegetativo, las cuales son:

A.- LOS ESPASMOS: Caracterizados por los siguientes síntomas:

- a.- Imposibilidad de tragar.
- b.- Náuseas.
- c.- Vómitos (principalmente en el embarazo).
- d.- El bolo histérico sentido en el cuello.
- e.- Trastornos genitales (vaginismo).
- f.- El asma (en algunos casos).

B.- LAS ALIÍAS: Como se sabe, sería imposible calificarlos, pero sin embargo no se puede negar la frecuencia con que se presentan en los trastornos funcionales de que se quejan los enfermos, que a su vez manifiestan un aspecto dogmático dándonos así el valor del síntoma.

El dolor histérico: Está caracterizado por una hipersensibilidad de una estimulación muy pequeña que surge del cuerpo, y que generalmente son ignoradas. Estos son sentidos como difusos, vagos y desagradables concentrando toda la atención sobre ellos. Por ejemplo: los dolores de apéndice o los de ovarios (7).

C.- TRASTORNOS TROFICOS: En el caso de la catalepsia cuando es duradera, manifiesta un debilitamiento en el metabolismo, como son también las reducciones en ocasiones extremas del hambre, la sed y las excreciones.

Por último podemos incluir ciertos trastornos paroxísticos que se consideran dentro de la patología de la emoción, como por ejemplo: las crisis de urticaria, ciertos espasmos musculares y los estigmatismos.

CAPITULO IV.

(1) (4) (5)

OBRA COMPLETA DE SIGMUND FREUD.

Tomo I.

Biblioteca Nueva.

(2) TRATADO DE PSICHIATRIA.

P. Bormard. Ch. Brisson. Henri Ey.

(3) (6) (7)

COMPREHENSIVE TEXT BOOK OF PSYCHIATRY II

HAROLD P. KAPLAN.

BENJAMIN J. SABOCK.

CAPITULO V.

"NUEVAS APORTACIONES".

1.- APLICACION DE LA PROSTIGMINA PARA DIAGNOSTICAR LAS PARALISIS HISTERICAS.

En el capítulo referente a la restauración de la función por de-inhibición, referente a la restauración de la función inhibida por influencia — dirigida hacia el metabolismo mediador; se dice que los efectos del trauma cerebral sobre la función que desarrolla la parte afectada son muy complejos y heterogéneos. Algunos componentes se deben a la destrucción de la — sustancia cerebral y son irreversibles, mientras que otros son exactamente similares, pero diferentes en su naturaleza a los primeros, aparece sólo — una depresión (medida protectora del sistema nervioso para proteger la zona continua a la lesión cerebral), de modo que éstas son de algún modo reversibles. En las primeras sucede una destrucción de la célula (neurona) o — de la conexión sináptica, mientras que las segundas, se deben a la interrupción de la transmisión (excitabilidad).

Las investigaciones de la conexión sináptica (Cannon, Dale, Lowi), han demostrado que ésta depende de una sustancia química o mediador llamado "Acetilcolina", la cual se secreta en las terminales sinápticas. Esta a su vez, es inactivada por una enzima llamada "Acetilcolinesterasa", — por la cual se hidroliza. En ausencia de colinesterasa se desarrollaría — un estado permanente de estimulación. Inversamente, un exceso de colinesterasa activaría la acetilcolina a tal grado que la transmisión de impulsos sería imposible.

De lo antes dicho, se distinguen dos categorías de pérdida de la — función por causa postraumática:

1.- La que resulta de la destrucción de la célula no se restablecerá,

2.- La que padece sólo la pérdida de la excitabilidad se recuperará.

Durante la segunda guerra mundial, Retner (1942), sugirió la idea del uso de la PROSTIGMINA, el cual se usaba en aquellas épocas para la Miastenia Grave, Esta se usaría para restablecer las transmisiones sinápticas inhibidas, ya que la Prostigmina aplicada en el torrente sanguíneo en pequeña dosis, suprime la producción de colinesterasa y por lo tanto estimula la acetilcolina restableciendo la función.

Se observó que en los daños cerebrales producidos por trauma y manifestados por parálisis, tenía la prostigmina una acción inmediata a los 20 ó 30 minutos, presentaban un mejoramiento en los movimientos y a la vez permaneciendo en forma definitiva.

Este fenómeno no se reduce sólo al movimiento, sino que también la sensación puede ser restablecida por la prostigmina, los disturbios del dolor, sensibilidad profunda y táctil.

Estos resultados fueron obtenidos en un número pequeño de casos, los cuales fueron verificados en mayor escala en el Instituto de Neurología de la Academia de Ciencias Médicas de la U.R.S.S. por Perelman.

En lo que a nuestro interés incumbe, diremos que en dichos estudios se estableció que la prostigmina sólo actúa en las lesiones cerebrales, pero no así en su intento de romper el bloqueo se encuentran la parálisis histéricas, siendo completamente ineficaz. Se estableció por lo tanto que las parálisis orgánicas no tienen concomitantes subjetivos. A la vez que este método sencillo y práctico nos sirve para diagnosticar las parálisis histéricas, sobre todo cuando se desarrolla un síntoma histérico aunado a uno orgánico. Debido a la dificultad de estos casos resulta sumamente útil este procedimiento.

2.- RESTABLECIMIENTO DE LA FUNCION INHIBIDA POR UN CAMBIO EN LA ORIENTACION MENTAL.

Las inhibiciones que resultande un traumatismo no siempre pueden — ser abolidas por drogas, en algunos casos existe una fijación del defecto original, el cual se trata por métodos muy diferentes a los de las parálisis. ^A éstos, el cambio de orientación mental es un factor determinante (término usado en neurología para describir al paciente que desconecta de su conciencia una actividad psicológica específica): estos cambios de — orientación se deben a la actitud del paciente de autoprotección. La — contusión comumente es asociada a una gran tensión emocional el momento del suceso, lo cual es expresada posteriormente en un fondo de reacciones emocionales severas. La contusión del defecto físico inmediato en el cerebro puede dar, reacciones psicológicas que retardarían el restableci— miento de la función. En estos casos de inhibición se afectan funciones completas, por ejemplo, la audición, el lenguaje o la visión.

Los intentos para desinhibir estas funciones temporalmente inacti— vas por la inyección de prostigmina fueron ineficases. Esto demuestra, — que los mecanismos que excluyen una función particular de la conciencia— son muy diferentes a los de las parálisis, además de que este tipo de — inhibiciones está basada no sólo en el disturbio de los mecanismos de — transmisión química en la sinopsis.

Lo interesante del caso resulta ser, que aquí es muy útil la — psicoterapia (sobre todo la sugestión) para restablecer la función. En — el caso de la sordera-mutismo se realizó un experimento en el cual se tra— bajó sobre las "funciones auditivas residuales" de las cuales el paciente no se dá cuenta. Estas fueron incorporadas en un primer paso a un sistema de actividad involuntaria (inconsciente) para luego ser elevadas a un ni— vel de conciencia.

Para ue sea bien comprendido este experimento, expondremos — el método utilizado por Perelman, en un caso de sordera producida por un— daño cerebral.

Un paciente que a primera vista parece sufrir de sordera total, se le pide escribiendo, que responda a una serie de preguntas que se le darán en forma escrita, pero que a su vez se le repetirá en forma oral. La atención del paciente se concentrará naturalmente en la forma escrita y aparenta no darse cuenta de la pregunta verbal. Las preguntas escritas van gradualmente perdiendo su legibilidad hasta que ésta desaparece por completo, pero sin embargo se acompaña de la misma pregunta verbal claramente enunciada. Como resultado de esta combinación de preguntas verbales y escritas, el paciente continúa reaccionando a la pregunta verbal sin oírla aparentemente, aunque sin embargo no está conciente de ello. Esto demuestra que el estímulo fué recibido pero no cruzó el umbral de conciencia.

El segundo estado del tratamiento es presentar al paciente estos resultados con explicación de que aún puede oír objetivamente y que sólo necesita elevarlos a nivel de conciencia.

Como resultado de tal sistema, la audición y en alguna extensión el lenguaje, puede ser restablecido en una gran mayoría de los pacientes en un período de dos días a dos semanas. La acción del test (audición -- lenguaje combinados) es hacer evidente al paciente que su audición residual realmente existe. Este hecho causa un considerable cambio en la orientación mental del paciente y la sugestión subsiguiente consolida este cambio, haciendo creer al paciente que se puede restablecer de su audición, haciendo uso de su poder residual de oír.

Ahora bien, expondremos un método utilizado en la investigación de los trastornos de sensibilidad en los histéricos conversivos. A un paciente que se queja de anestias, se le vendan los ojos y se le dá la siguiente indicación: le voy a tocar a usted diferentes partes de su cuerpo, cuando le toque una parte y usted sienta, dirá solamente sí y

cuando le toque donde no siente dirá que no. En seguida se realiza una estimulación indiscriminada de las diferentes partes del cuerpo, pero el paciente contestará no cuando se le estimule su brazo anestesiado.

La observación de este fenómeno indica que los síntomas periféricos se reciben pero no son interpretados por conciencia.

La similitud de los casos y del método es muy grande, sólo que las bases teóricas son completamente diferentes. Pero una cosa sí está clara -- el parecer entre los dos se habla de un mismo fenómeno que interviene en los procesos inhibitorios provocados por factores subjetivos. Recordamos el hecho universal de que al escuchar una palabra significativa provoca una serie de alteraciones fisiológicas muy complejas y además controladas por el sistema nervioso autónomo.

Estas técnicas, pueden ser utilizadas en la experimentación de los síntomas histéricos altamente complejos de la conciencia. Pero dicho estudio deberá corresponder a otro trabajo más especializado y profundo.

3.- ESTUDIO DE LOS POTENCIALES EVOCADOS EN LOS HISTÉRICOS CONVERSIVOS.

Esta medición de la actividad del sistema nervioso central, se registra un potencial llamado "potencial evocado" (se llaman así porque son cambios eléctricos que aparecen en una área o sitio cuando se estimula otro a distancia).

Estos registros de potenciales, se usan por lo general en estudios de las vías sensoriales, utilizando estímulos sensoriales normales y eléctricos. El método consiste en colocar un electrodo (electrodo activo) en un punto del sistema nervioso central y el otro electrodo en cualquier parte del cuerpo (electrodo neutro), se excita este punto en cualquier forma y se registra el resultado. El potencial evocado consta generalmente de una deflexión positiva, seguida por una negativa y otras ondas.

La deflexión positiva representa los potenciales presinápticos — —
e las ter inciones de fibras que traen el mensaje al sitio de registro. —
Los otros potenciales son por lo general actividades postsinápticas y de —
neuronas vecinas.

El interés de todo esto, es la deflexión positiva. Los potenciales —
recorridos se han utilizado para trazar los mapas de las proyecciones sensitivas registrándose así varias zonas corticales y subcorticales, con funciones sensoriales diferentes.

En la experimentación de estos potenciales evocados en los histéricos —
convulsivos, se encontraron disminuidos (a nivel cortical pero no así a ni—
vel subcortical), sobre todo en zonas que representan la inervación del ór—
gano elegido por el histérico para manifestar su síntoma (Hernández León).

Este tema, como los anteriores nos indica la necesidad que la histo—
ria tiene que ser estudiada y entendida en los dos niveles, el psíquico y —
el físico. Ya que en un momento determinado, el uno explica al otro debido—
a su gran inter-relación.

CAPITULO V.

(1) *Psicología Fisiológica.*
Clifford T. Morgan.

(2) *Restoration of Function
After Brain Injury*
A. R. Luria.

CAPITULO VI.

* D I A G N O S T I C O *.

1.- DIAGNOSTICO POSITIVO: Para realizar un diagnóstico correcto de la —
histeria de conversión, hay que observar el siguiente criterio:

A- Que no exista lesión orgánica, la cual pueda explicar los síntomas —
del paciente.

B- Que existiera (aún en niños) una historia previa de reacciones con—
versivas, hipocondríacas o psicósomáticas.

El análisis del carácter histérico es determinante para establecer un —
diagnóstico en caso de que exista una lesión orgánica que complique el mis—
mo (1).

Es necesario poner en evidencia la naturaleza paradógica o su valor de —
expresión intencional inconciente en la búsqueda de una solución en el sín—
toma que presenta (Hofling).

Es también importante observar la expresión de las tendencias miméti—
cas, la hiperexpresividad y las aptitudes para recibir sugerencias en la —
hipnosis. De hecho existen siete puntos claves para establecer el diagnós—
tico del histérico conversivo:

A.- La historia de otros síntomas pasados y actuales (parálisis, con—
tracturas y amnesias).

B.- Historia de otros síntomas neuróticos (fobias, ansiedad, depresión
y obsesiones).

C.- La historia de enfermedades múltiples en las cuales se intervino—
en cirugía sin bases físicas (apéndice falsa).

D.- Historia de disturbios sexuales (frigidez).

E.- Manifestaciones características de la personalidad histérica.

F.- La presencia de la bella indiferencia.

G.- La muerte reciente de alguna persona importante para el paciente (2).

Las dos marcas clásicas de la histeria, la bella indiferencia y — las ganancias secundarias han sido más a menudo un aspecto engañoso que — dá ayuda para establecer un diagnóstico, ya que pueden ser confundidas con otro tipo de conductas.

La indiferencia aparente de un paciente puede ser confundida con un estado de estoicismo. Los pacientes histéricos pueden estar exitados u ansiosos cuando desarrollan el síntoma de conversión, aunque es cierto, — que muchos manifiestan la bella indiferencia (3).

La ganancia secundaria es muy difícil de identificar (sobre todo en — la exploración clínica inicial donde se establece el diagnóstico tentativo) ya que puede ser confundida con una serie de factores, tales como los económicos en el caso de accidentes de trabajo.

2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS NEUROSIS.

Este aspecto no ofrece grandes dificultades. La histeria disociativa es muy parecida a la conversiva, pero sus fallas en la memoria, sus estados de somnolencia y en fin, la disociación de la personalidad le dan una clara distinción. De la neurosis fóbica, se distingue en la importancia de la angustia, como síntoma central, lo sistemático y repetitivo del mismo, siempre en forma de miedo obsesivo ayudan al diagnóstico.

Respecto a la distinción de la histeria de conversión de las enfermedades psicosomáticas e hipocondríacas, diremos lo siguiente:

La histeria conversiva, es la pérdida o la disminución de las funciones normales en las cuales no exista un trastorno físico que las provoque.

Las enfermedades Psicosomáticas, son cambios estructurales que se pro-

Las enfermedades Psicosomáticas, son cambios estructurales que se producen sobre la base de una exageración crónica de una expresión emocional fisiológica normal.

La hipocondría, es la preocupación excesiva sin motivo por la salud del organismo.

3.- DIAGNOSTICO DIFEERENCIAL DE LA PSICOSIS.

La Psicosis se distingue por las tendencias esquizoides, la --- importancia del delirio, la introversión, el autismo, los trastornos del pensamiento y la disociación progresiva de la personalidad.

4.- DIAGNOSTICO DE LAS CRISIS EPILEPTICAS Y LAS HISTERICAS.

La epilepsia se distingue por el aura, la caída brutal, la --- consistencia de la crisis, las fases típicas, la constricción de los músculos de la garganta, la mordedura de lengua, la amnesia total del episodio, reflejo de Babinsky, presente y ausencia de reflejos pupilares.

CAPITULO VII.
"P R O N O S T I C O".

La historia de conversión constituye una afección crónica de la personalidad, la cual permanece mucho más tiempo latente que manifiesta. Por ejemplo, en una encuesta realizada en los Estados Unidos en 1961, se encontró que un 50% de los casos, la afección tenía una duración de un año, el 30% de los casos duraba cinco años y el 20% de los casos los duraba quince años (1).

Las edades en que tiene una mayor frecuencia de presentarse, es en la adolescencia y después en la edad crítica. Pero se sabe que la aparición y recurrencia de los síntomas está en gran parte determinada por situaciones estresantes, las cuales no se pueden prever. Las manifestaciones pueden ser de corta duración, pero algunas suelen ser largas, por ejemplo las anorexias, parálisis, contracturas y anestesiás.

La neurosis evoluciona por brotes y se estabiliza en una forma menor si el sujeto se encuentra en un período relativamente de madurez psicosexual (2). La estabilización de sus formas más severas, es en muchos casos consecuencia de las ganancias secundarias, ya que estas lo aíslan de su neurosis, estimulando su dependencia y evitando así el contacto con la realidad.

La madurez del ego, se debe considerar para conocer y entender la clase de adaptación que el sujeto pudo realizar antes de la manifestación de los síntomas. A su vez, es importante conocer la intensidad del conflicto sexual, la firmeza con que se establecieron las inhibiciones (represión) y la profundidad del sentimiento de culpa.

La existencia de un estado infantil de dependencia, determina la

intensidad de la fijación del conflicto desfavoreciendo al pronóstico. La rigidez del superyó es muy conveniente conocerla, ya que nos muestra la especificidad del sujeto para adaptar sus valores a la realidad adulta.

Por último debemos de conocer cuáles son las alternativas del paciente (familiares, laborales y sociales) si éste se libera de la enfermedad.

./.

CAPITULO VI.

(1) (3) BEHAVIORAL NEUROLOGY.

Pincus Tucker.

(2) COMPREHENSIVE TEXT BOOK OF PSYCHIATRY II

Alfredo M. Freedman.

Harold S. Kaplan.

Benjamin J. Sedock.

(4) INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA.

S.H. Frazier - Artur G. Carr.

CAPITULO VIII
" TR A T A M I E N T O "

El tratamiento de la histeria de conversión tiene como finalidad lograr la madurez psicosexual del sujeto. Si esto no es posible se procurará que el paciente conozca y sublime sus impulsos sexuales por medio del intelecto.

Si se quiere que el paciente abandone sus posturas infantiles, las cuales están bastante arraigadas en la estructura de la personalidad, una psicoterapia de apoyo resultaría insuficiente, sólo el psicoanálisis logrará una toma de conciencia efectiva. (1) Cuando el análisis es imposible debido a las características del paciente se deben de tratar con diferentes terapias, tales como la hipnosis, el narcoanálisis y la sugestión activa.

Es necesario aclarar que todas las medidas curativas dirigidas a la desaparición del síntoma (superficiales) tienen muy poca efectividad de curación, además de que se corre el riesgo de que el paciente desarrolle una dependencia hacia el terapeuta.

La terapia que se utilice siempre debe de estar adaptada al sujeto según el medio. Las modalidades de cada una de las terapias son muy variables, pero deben siempre ajustarse a cada caso en particular.

./.

CAPITULO VII.

(1) OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD.

Tomos I.
Sigmund Freud.

"CONCLUSIONES".

Sin duda alguna, la histeria es y seguirá siendo un tema de mucha discusión. En el transcurso del presente trabajo se han observado, dos factores que se unen en forma muy estrecha, al querer explicar y describir — la histeria de conversión. El primero es el que habla de su contenido — psicológico y el segundo, es el que describe las manifestaciones neurofisiológicas características en este caso.

Las controversias son provocadas, cuando alguno de estos dos autores, se propone ser la base etiológica y por lo tanto la explicación final — de dicha patología.

Es precisamente esta actitud, la que ha mantenido estancado el desarrollo del conocimiento en este campo.

Es necesario pues, tener un concepto claro a este respecto. El Organismo así como todas sus funciones y propiedades que de él emanan, deben ser entendidas como un todo integral e indivisible ya que en cualquier acción que realiza, participa todas sus propiedades y funciones en un mayor o menor grado, viéndose así afectadas las unas a las otras.

La psicología general, la neurología y la fisiología, por no nombrar más, nos demuestran este hecho con mucha claridad.

Tomando como base lo anterior, diremos que el factor psicológico — ha sido desarrollado ampliamente por el psicoanálisis proporcionando un gran número de elementos para que dicha patología sea comprendida. Pero esto no resuelve el problema, ya que explica todo en base a un solo determinante, dejando a un lado sus relaciones y las explicaciones de éstas, — con el segundo factor determinante.

Existe una alternativa a seguir, ésta es la teoría de los reflejos — condicionados, la cual fué desarrollada por I. Petrovich Pavlov. Con la — finalidad de estudiar la actividad nerviosa superior.

Por supuesto no se desarrollará toda la teoría, pero sí algunos aspectos de importancia con nuestro trabajo. Entiéndase bien, que se trata de — una teoría que explica la actividad "fisiológica" de la actividad nerviosa. Normalmente, los hemisferios cerebrales rigen las relaciones del organismo con el mundo exterior y controla sus funciones ejecutivas ejerciendo una — influencia permanente sobre los demás segmentos del encéfalo, y con sus actitudes instintivas y reflejas. De esto se deduce que el debilitamiento — de la actividad cortical es causa de una actividad subcortical, más o menos desordenada y sin coherencia con el ambiente. Esta teoría clasifica a los — individuos en dos grandes grupos: los que cuentan con un sistema nervioso fuerte y los que tienen un sistema nervioso débil.

El histérico, queda clasificado en el segundo grupo, el cual se distingue por un cierto predominio de subcorteza sobre corteza.

Esto es pues una base fisiológica para que el histérico sea víctima de estados afectivos violentos y de paroxismos convulsivos, cuando el cortex es inhibido por influencias de estimulación demasiado fuertes.

El histérico pues, tiene una existencia más emotiva que racional, — su conducta se rige más por la subcorteza que por la corteza.

Desde luego esta teoría no resuelve el problema por completo, pero — presenta un hecho muy importante: los tipos de sistema nervioso, tienen la — característica de poder ser "heredados", claro está, que esto guarda una estrecha relación con la función que desempeña en su medio social y por medio del cual se ha seguido desarrollando. Si esto no fuera posible, no podríamos entender entonces el desarrollo de los lóbulos frontales en el hombre.

Pensemos, como dijimos en el capítulo IV que la solución estriba en — el estudio clínico de los síntomas además de la revisión de todas las funciones psicológicas que se ven alteradas en esta patología.

Esperamos que este trabajo haya resultado ilustrativo, pero insistimos en que este tema merece un estudio más profundo realizado por un equipo interdisciplinario.

./.

BIBLIOGRAFIA.

- I.- INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA.
S. H. Frazier- Arthur J. Carr
Toray - Masson, S. A.
- II.- MANUAL DE PSICOLOGIA PATOLOGICA.
J. Bergere.
Editorial Atenco.
- III.- NEUROSIS Y PSICOSIS.
B. Ch. Rosselmen.
Editorial La Prensa Médica Mexicana.
- IV.- TRATADO DE PSIQUIATRIA.
Hofling.
Editorial Interamericana.
- V.- BEHAVIORAL NEUROLOGY.
Pinous Turker.
Oxford University Press.
- VI.- THEMES AND VARIATIONS IN EUROPEAN PSYCHIATRY.
Steven A. Hirsch and Michell Shepherd.
Bristol: John Wright & Sons Ltd.
- VII.- RESUMEN DE LAS EDICIONES ESTANDARD DE LAS OBRAS COMPLETAS.
De Sigmund Freud.
Subdirección Médica ISSSTE.
- VIII.- TRATADO DE PSIQUIATRIA.
Herri E.
P. Bernard.
Ch. Brieset.
Toray Masson, S. A.
- IX.- COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY II
Alfredo M. Freedman M.D.
Harold F. Kaplan M.D.
Benjamin J. Sadock M. D.
The Williams & Wilkins Company.
- X.- MANUAL DE PSIQUIATRIA.
Silvano Arieto.
The Williams & Wilkins Company.

BIBLIOGRAFIA.

-2-

XI.- ACTIVIDAD NERVIOSA SUPERIOR.

Ivan P. Pavlov
Editorial Fontenella 1973.

XII.- OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD.

Tomo I.

XIII.- PSICOLOGIA FISIOLÓGICA.

Clifford T. Morgan.
Mc. Graw Hill Book Company.

XIV.- TEORIAS PSICOANALITICAS DE LA PERSONALIDAD.

Gerald S. Blum.
Editorial Paides.

XV.- TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

J. Cueli L. Reidl.
Editorial Trillas.

XVI.- RESTORATION OF FUNCTION AFTER BRAIN INJURY.

Alexander Romanovich Luria.
Pergamon Press New York 1
1963.

XVII.- CENTRAL MECHANISMS CONTROLLING CONDUCTION ALONG CENTRAL SENSORY PATHWAYS.

HERNANDEZ-PEÑA.
ACTA NEURAL, LATINOAMER, Vol. I.

