

De Delfos hasta el córtex prefrontal: un viaje histórico y por las teorías de la histeria

M. Arias Gómez

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España.

Parte de este texto fue la base de una lección dictada en la ciudad de Delfos (Grecia), dentro del marco del VII Curso de Neurohistoria, organizado por la Sociedad Española de Neurología

RESUMEN

Introducción. En los papiros egipcios de Kahun y Ebers se describe cómo “el útero insatisfecho por no gestar” se torna errante y causa una singular patología (sofocos, palpitations, atragantamiento), que los griegos denominarían histeria (ὑστέρα = útero). El nombre y la fisiopatología de la histeria han cambiado a lo largo de los siglos, de modo que actualmente esta patología ocupa una importante parcela dentro del terreno de las neurociencias.

Objetivo. Realizar una revisión histórica sobre las distintas acepciones y concepciones de la histeria a lo largo de los siglos, en lo que atañe a las civilizaciones occidentales.

Desarrollo. Durante siglos, médicos grecorromanos (Hipócrates, Galeno, Sorano, Celso) apoyaron tal origen uterino, aunque algunos negaron la itinerancia. En el Medioevo y en el ámbito del cristianismo, se recurrió a la posesión diabólica y brujería como causalidad. Asentado el Renacimiento, Willis y Sydenham se inclinaron por un origen nervioso y emocional; antes Sylvius puntualizó que las mujeres sufrían histeria y los hombres hipocondriasis. Durante el Clasicismo, Whytt escribió sobre histeria e hipocondriasis, enfatizando el componente emocional; Mesmer formuló la estafalaria hipótesis del magnetismo. En el s. XIX, sobresalen Briquet, quien describe con amplitud las variadas manifestaciones del síndrome, y Charcot, quien utiliza el hipnotismo como método diagnóstico (provocador) y terapéutico. Freud recoge las ideas de Charcot y, mediante introspección y asociación libre, cura a la tosedora crónica Anna O. La insatisfacción sexual como causa de histeria estuvo en boga en el primer tercio del s. XX; la Gran Guerra hizo aparecer nuevas formas en varones. En sucesivas ediciones del DSM, se destierra el término histeria y se habla de trastornos disociativos (de la mente) y somatomorfos (del cuerpo).

Conclusiones. Actualmente se prefiere el término de trastorno funcional: en su génesis se implica a la corteza prefrontal que, conectada a distintas regiones encefálicas (sistema límbico, hipocampo, corteza motora y sensitiva...) y minorando la voluntad del paciente, suprimiría (ceguera, amnesia, afasia, parálisis) o potenciaría (seudocrisis) a otras regiones cerebrales.

PALABRAS CLAVE

Histeria, trastornos conversivos, trastornos funcionales, neurohistoria

Introducción

En este mundo sumergido en una galopante crisis de valores y envuelto en una perenne situación de crisis económica, día tras día, las consultas de salud se ven inundadas por cientos de pacientes que aquejan multitud de síntomas, para los que los profesionales de la medicina

no logramos encontrar una explicación de enfermedad orgánica. Son personas que sufren y sufren, en las que más y más exploraciones no logran aclarar el quid de sus padecimientos. Dicen las frías estadísticas que alrededor de la cuarta parte de nuestros enfermos militan en el incomprendido bando de la funcionalidad^{1,2}.



Figura 1. A) *Apolo mata a la serpiente Pitón* (óleo de Cornelis de Vos, ©Museo Nacional del Prado). B) *La Pitonisa* de Miguel Ángel (detalle de la Capilla Sixtina del Vaticano). C) Ruinas del templo de Apolo en Delfos. D) El ónfalo (Museo Arqueológico de Delfos).

Entre las múltiples teorías para explicar la génesis de los trastornos funcionales, ha cobrado especial consideración la que propone que podrían derivar de una deficiente integración de conflictos emocionales no resueltos (por lo tanto de la esfera del subconsciente), que plantados en un terreno abonado por un particular legado genético, unas experiencias vitales previas frustrantes y una carencia de expectativas futuras ilusionantes acabarían por expresarse en forma de trastornos psicósomáticos³⁻¹⁰. Quizás el útero, órgano femenino por excelencia y primera y anhelada cuna de todo ser humano, haya servido desde tiempos pretéritos para explicar algunos síntomas de la todavía denominada histeria; sin embargo, ahora no podemos dudar que el órgano pélvico, considerado como el vagabundo por excelencia, se ha, de alguna extraña y mágica manera,

transformado en telencéfalo, una de las partes más distintivas del cerebro humano. En este trabajo se realiza una revisión histórica¹¹⁻¹⁷, en forma de viaje transecular, por las distintas teorías de la histeria, partiendo del templo de Apolo situado en Delfos para llegar al córtex prefrontal.

Desarrollo

Los griegos: el nombre

En la mitología griega, el monte de los montes era el Olimpo, morada de dioses inmortales y dotados de poderes absolutos, pero con forma corporal y caprichos semejantes a los de su verdadero creador, el *homo sapiens*. Las musas, inspiradoras de artistas y patrocinadoras de las artes, residían en el monte Parnaso, en cercana

vecindad con las náyades, que preferían las cristalinas aguas de sus fuentes circundantes. A los pies del Parnaso, hallábase el inigualable paraje de Delfos (Δελφοί), donde se levantó el más notorio de los templos dedicados al dios Apolo. Cuenta la tradición que, en tiempos remotos, la apolínea deidad mató a la serpiente Pitón, fiero guardián del ομφαλος (ombigo), lugar donde una piedra especial marcaba la situación del centro del mundo. El mismo dios-padre Zeus, para establecer tal geométrico cálculo, envió dos águilas en dirección opuesta, que terminaron encontrándose en aquel mítico paraje frente a frente, o sea, pico con pico. Con la serpiente Pitón colaboraba el dragón Delfine, también aniquilado por Apolo, que posteriormente se apoderó del oráculo y entronizó a la primera pitonisa (Sibila). Apolo merece este especial recuerdo y trato por ser el padre de Asclepios, quien fue criado e instruido por el centauro Quirón, al que superó en conocimientos y praxis sanadoras. Asclepios, cuyos poderes y resultados casi dejaron en paro al barquero Caronte y al infernal Hades, fue entronizado como dios de la medicina por Zeus, quien le concedió el derecho a morar en el monte Olimpo (figuras 1 y 2).

En el templo de Apolo de Delfos había una inscripción que decía:

Te advierto quien quiera que fueres, ¡oh!, tú que deseas sondear los arcanos de la naturaleza, que si no hallas dentro de ti mismo aquello que buscas, tampoco podrás hallarlo fuera. Si tú ignoras las excelencias de tu propia casa, ¿cómo pretendes encontrar otras excelencias? En ti se halla oculto el tesoro de los tesoros. ¡Oh!, hombre, conócete a ti mismo y conocerás al Universo y los Dioses.

De esta inscripción tomaría Sócrates (470-399 a. C.) su principio de sabiduría: “Conócete a ti mismo”^{18,19}.

En el idioma griego las palabras ὑστέρα y Μήτρα designan al útero, órgano femenino por excelencia, que es primera y añorada cuna de todo ser humano. Histeria deriva de ὑστέρα (relacionada con el útero). La palabra *delfis* también significa matriz y *adelfos*, hermanos (que comparten un mismo útero).

Los egipcios: el origen

Durante muchos siglos, al menos en las civilizaciones occidentales, se atribuía a una disfunción uterina una de la más polimorfas y desconcertantes enfermedades que viene sufriendo la humanidad: la histeria. A pesar de que el nombre histeria proviene de una de las denominaciones

griegas de útero, la relación de esta entidad nosológica con este órgano pélvico ya había sido contemplada en la medicina egipcia. Así quedó atestiguado en los papiros de Kahun (siglo XIX a. C.) y de Ebers (siglo XVI a. C.), donde se recoge el concepto de útero como “órgano hambriento, insatisfecho e itinerante”, que se desplaza de manera intempestiva y aplasta a los pulmones (disnea suspirosa), empuja al corazón (palpitaciones y opresión torácica) y cierra la garganta (bolo hístico). En el papiro de Ebers se explicitan algunos tratamientos encaminados a facilitar el retorno del útero a su natural localización: la enferma debe sentarse sobre paños perfumados con mirra líquida; debajo se quemarán excrementos secos de varón mezclados con incienso, rodeando a un objeto fálico, para fumigar la vagina de la paciente^{17,20-22}.

La época clásica grecolatina: útero-itinerantes vs útero-estáticos

Hipócrates de Cos (460-370 a. C.) fue una de las figuras señeras de la medicina de todos los tiempos (figura 2). A lo largo de su dilatada vida trató de practicar una medicina científica con el colosal empeño de desterrar supersticiones y creencias. Se le atribuye la autoría (puede ser una compilación de la aportación de su escuela) del *Corpus hippocraticum*, una extensa obra de 72 libros. En lo que se refiere a la histeria, defendía Hipócrates las hipótesis etiopatogénicas egipcias y situaba su origen en el útero, mientras que afirmaba que la epilepsia se originaría en el cerebro: consideraba a esta también una enfermedad orgánica y negaba su pretendido origen divino (*morbus sacrum*). Platón (428-347 a. C.) en el *Timeo* (diálogos) dice por boca de Sócrates, tomando la doctrina hipocrática²³:

En las mujeres [...] lo que se llama matriz o útero es un animal que vive en ella con el deseo de hacer niños. Cuando permanece mucho tiempo estéril después del período de la pubertad apenas se le puede soportar: se indigna, va errante por todo el cuerpo, bloquea los conductos del alimento, impide la respiración, causa una molestia extraordinaria y ocasiona enfermedades de todo tipo.

La medicina hipocrática pretendía dejar de lado la terapéutica milagrosa de Asclepios. En los sanatorios-santuarios denominados Asclepeia, muchos enfermos afectos de histeria despertaban sanos después de mantener contacto con el “dios del bastón con serpiente enroscada” durante un sueño inducido (¿hipnosis?, ¿sugestión?). Sin duda, el Asclepeion de Epidauro podría

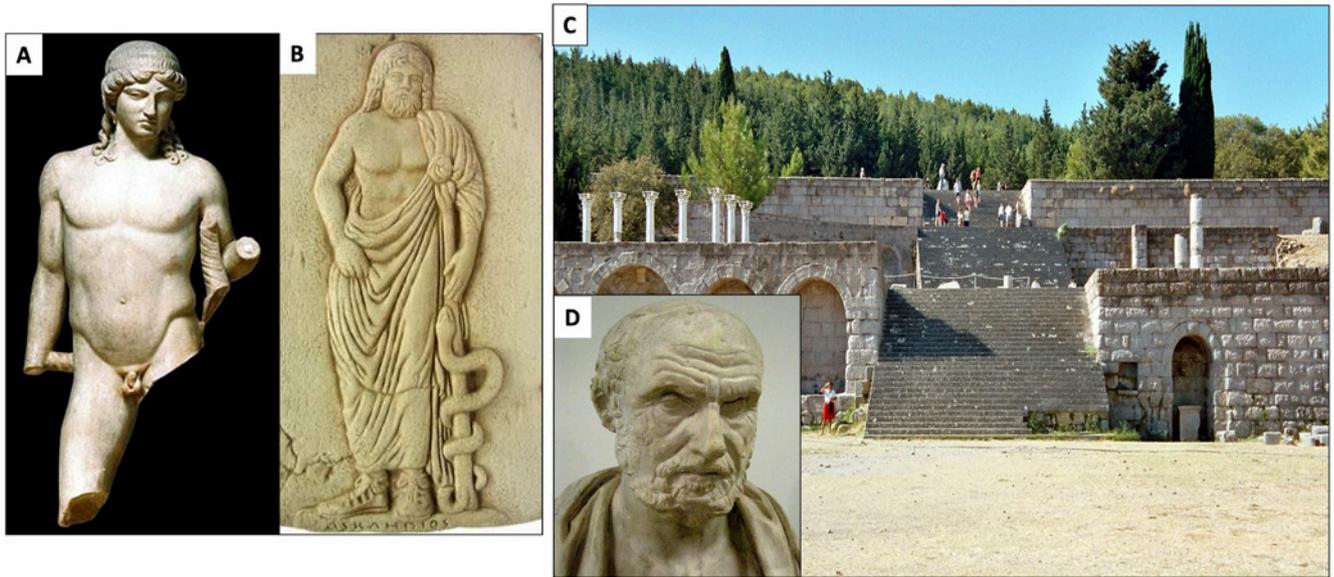


Figura 2. A) Apolo (Museo del Louvre). B) Asclepius (reconstrucción de fragmentos de bajorrelieve). C) Ruinas del Asclepeion de Cos. D) Hipócrates.

competir, en lo que atañe a resultados y popularidad, con muchos centros religiosos de Oriente y Occidente, todavía operativos (figura 2).

La doctrina del “útero itinerante” no fue seguida por Galeno de Pérgamo (130-200 d. C.). Esta relevante figura de la medicina defendía que la histeria también provenía del útero, pero este órgano se mantenía fijo en la pelvis. Sostenía Galeno que la retención del esperma femenino, mezclado con sangre menstrual, se corrompe y da lugar a la histeria. Sorano de Éfeso (98-139 d. C.), considerado como el primer especialista en ginecología, escribió una biografía de Hipócrates y siguió sus teorías sobre la materia que nos ocupa. A lo largo de los siglos venideros, destacados médicos tomaron partido por la doctrina itinerante y otros por la estática. La escuela de Salerno, iniciada en el siglo IX y activa hasta el XIX, se mantuvo en contra del útero viajero, nunca hallado lejos de su natural asiento en las disecciones anatómicas. Pablo de Egina (625-690) hace un compendio de las teorías precedentes sobre la sofocación y las convulsiones uterinas: “el útero asciende, afectando a partes importantes como las arterias carótidas, el corazón, las membranas cerebrales”. Todo ello puede dar lugar a múltiples síntomas: parálisis, miedo, sueño profundo, trastorno del lenguaje y sentidos,

espasmos musculares... Constantino el Africano (1020-1087), en su obra *Viaticum*, sostenía que al no practicar el coito (jóvenes y viudas) no expulsaban su esperma, que se evaporaba dentro (esperma corrupto), ascendiendo hasta el diafragma, con resultado de disfunción respiratoria y fónica^{12,15-17,21,24,25} (figura 3).

Dios, el diablo y la brujería en el Medioevo

Con la difusión del cristianismo y la preconización de la abstinencia sexual y de la castidad, el útero cedió su protagonismo en la enfermedad que nos ocupa a la influencia del “maligno por excelencia”. Se piensa que fue San Agustín (354-430), obispo de Hipona, uno de los primeros en cambiar el viejo “furor uterino” por la posesión diabólica del alma del enfermo. Posteriormente, a lo largo del oscuro período medieval, la conjunción del demonio y la brujería llegarían a conformar un verdadero cóctel explosivo y la enfermedad pasó, en muchas ocasiones, de ser un padecimiento individual a una colectiva plaga. La fe cristiana dominaba a la ciencia y a la cultura, y tenía respuestas para casi todo: Dios y las reliquias curaban más que todos los médicos; lo bueno siempre vendría después de la muerte.

El poder, en nombre de Dios, provocó muchas veces la histeria colectiva. La mujer considerada trece veces impura, con su ciclo menstrual similar en duración al del astro de la noche, la luna, llegó a ser considerada, cuando adquiría la categoría de bruja, un ser esencialmente infernal. La miseria económica desencadenó una verdadera explosión de síntomas histéricos, pero la peste y la lepra también contribuyeron de un modo decisivo.

Al lado del poder de Dios, Satán también tuvo legiones de seguidores (misas negras, promiscuidad, pócimas con belladona...). La brujería y el empeño en su destierro alcanzaron su acmé a finales de la Edad Media y en los primeros compases de la Moderna. Estas eran algunas de las actividades principales achacadas a las brujas: fornicación y adulterio (sin deseo de procreación), castración, esterilización e impotencia de varones, sodomía y homosexualidad, contracepción y aborto, y matanza de niños.

Al lado de los postulados cristianos, la cultura árabe preconizaba una vuelta a los textos griegos: el persa Avicena (980-1037) y el cordobés Averroes (1126-1198) son dos figuras señeras. El aragonés Arnau de Vilanova (1238-1311), que ejerció de médico y profesor en Montpellier, volvió a pensar en causas naturales de las enfermedades. Consiguió evitar la hoguera, por acusación de brujería, en dos ocasiones^{12,17,21,24,26-28}.

En el Renacimiento vuelve el útero y le acompaña el cerebro

Poco a poco, en el Renacimiento la histeria vuelve a recobrar su antigua relación con el útero y sus devaneos itinerantes. Se preconizan de nuevo la administración de humos con olores agradables por abajo (el francés Ambroise Paré [1510-1592] diseñó un espéculo para estos menesteres) y de sustancias repelentes por arriba, sin olvidarnos del alimento sumo, el esperma masculino, proporcionado en el coito, practicado dentro del matrimonio. Las damas ricas del reino de Navarra se fumigaban la vagina con perfumes antes de acudir a la cámara nupcial para que el útero estuviese en su sitio y mezclar así esperma y sangre menstrual.

Jacques Dubois de Amiens (1478-1555), también conocido por Sylvius, distinguía la histeria, propia de las mujeres, de la hipocondriasis, que afectaba sobre todo a los hombres. Para Sylvius, la histeria comienza de un modo súbito y da lugar a una fase inicial de pesadez de miembros y malestar somático generalizado, y posteriormente a crisis con gritos, convulsiones e



Figura 3. A) Sorano de Éfeso. B) Areteo de Capadocia. C) Galeno de Pérgamo. D) Aulo Cornelio Celso.

inconsciencia. La hipocondriasis tiene un desarrollo paulatino con fantasía de enfermedad en un primer período, seguido de ansiedad y quejas somáticas en su fase intermedia, para finalizar en recuperación o bien en un estado de cambio orgánico irreversible.

El británico Thomas Willis (1621-1675) sostenía que todos los ataques convulsivos se originan en el cerebro: la epilepsia es una explosión en el centro del cerebro. La histeria surge en el inicio de los nervios (vago, intercostales...), por esto afecta a funciones viscerales. Los “disturbios de la mente” pueden alterar los humores y producir ambos tipos de crisis. Willis podría ser el primero en considerar a la histeria como una enfermedad neurológica. Otro Thomas, también británico y coetáneo de Willis, Sydenham (1624-1689) habla de la histeria como expresión de un problema emocional y mental, pero sin desterrar definitivamente el influjo uterino. En la descripción de la enfermedad que lleva su nombre, la corea (ahora relacionada con la fiebre reumática), Sydenham encontró paralelismos con

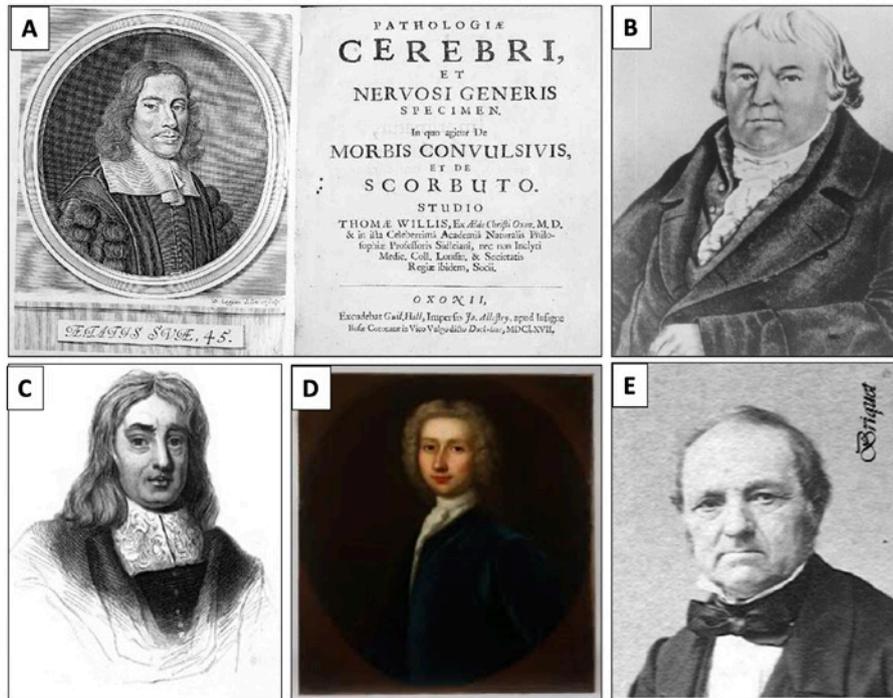


Figura 4. A) Thomas Willis. B) Franz Anton Mesmer. C) Thomas Sydenham. D) Robert Whytt. E) Pierre Briquet.

las “epidemias de coreomanía” o baile de San Vito (siglos XIV-XVII)^{12,15-17,21,26,28}.

El disturbio emocional como génesis en el Clasicismo

En el discurrir de los siglos XVII y XVIII, el concepto de histeria mantuvo cierta relación con el útero (la mujer y su órgano) pero comenzaron a cobrar fuerza las teorías que formulaban un origen emocional. La ansiedad y la depresión se ligaron a ella, pero los médicos tenían problemas a la hora de distinguir depresión de las quejas hipocondríacas. El escocés Robert Whytt (1714-1766) escribió un reconocido tratado sobre esta temática: *On nervous, hypochondriac, or hysterical diseases, to which are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves*.

Bien avanzado el Siglo de las Luces, un desconcertante personaje llamado Franz Anton Mesmer (1734-1815), nacido en la germánica Suabia, formuló la nunca bien explicada y jamás comprendida (así lo certificó Lavoisier, presidente de la Academia de Ciencias de Francia para condenarle) teoría del “magnetismo animal”. Con ella pretendió dar luz racional, dejando a un lado a dios y al diablo, a sucesos inexplicables como la curación

de convulsos, paráliticos, ciegos... Doctor por la Universidad de Viena, su fama e influjo social (mecenas de una ópera de W.A. Mozart) comenzó a crecer y se sintió depositario de un fluido activo (una fuerza gravitacional propia) que inducía la curación en ciertos pacientes. Su empeño en encerrar en recipientes a tal misterioso poder, que podría ser recuperado a voluntad y en el momento preciso, le llevó a diseñar y fabricar, con la colaboración del jesuita M. Hell, imanes terapéuticos de múltiples formas y tamaños. Posteriormente, Mesmer contó con la colaboración del armero toledano Marino Salva Vargas para construir su famosa cubeta. Sus éxitos le llevaron a París, donde, al no poder explicar sus métodos curativos, fue reprobado por la Academia de Ciencias. Al final, podemos decir que Mesmer fue un iniciador de la sugestión y de la psicoterapia. No podemos olvidarnos de que también utilizó la música en sus intervenciones^{12,17,29} (figura 4).

En el siglo XIX la histeria fue la reina

El término “síndrome de Briquet” (histeria crónica) todavía se utiliza en ciertos ámbitos neuropsiquiátricos

para denominar a un cuadro de múltiples somatizaciones, entre las que se incluyen dolor difuso, disfunciones sexuales, molestias digestivas y trastornos neurológicos funcionales (conversión). Este síndrome hace honor al francés Pierre Briquet (1796-1881), quien en su *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, señala el carácter polimorfo de la histeria y recoge hasta siete patrones clínicos: hiperestesia y dolor, anestesia, alucinaciones, espasmos, convulsiones, parálisis y secreción excesiva de saliva, sudor u orina.

A pesar de todos los avances y progresos, en 1857 se registra en Morzine (Saboya) un curioso caso de histeria colectiva: un grupo de chicas, que están preparándose para la comunión, sufren episodios de desmayos, contorsiones y profieren gritos blasfemos, que asustan y espantan a sus vecinos. La miseria, la incultura, el poder religioso dominan el pueblo y los casos van en aumento contagiando a gran parte de la población. La mujer, principal protagonista, lleva una vida de casi esclavitud, dedicada enteramente al trabajo (casa, hijos, cultivos). Se establece una guerra entre los defensores de los exorcismos, procesiones... para combatir la posesión diabólica y los médicos. Después de una docena de años, la situación se solventa gradualmente con la intervención del ejército, que construye carreteras, organiza fiestas y abre al mundo aquella comunidad cerrada.

En la segunda mitad del siglo romántico, brilla la excelsa figura del galo Jean-Martin Charcot (1825-1893), considerado el padre de la Neurología, al instaurar como praxis, siguiendo las ideas de Laënnec, el método anatomoclínico, amén de describir con precisión exquisita entidades como la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, el párkinson, la corea, las distonías focales (espasmos ocupacionales)... El divino Jean-Martin señaló el carácter involuntario e inconsciente de la histeria y las diferencias con la neurastenia (equiparable a la fatiga). Situaba a la enfermedad que nos ocupa, al igual que a la migraña y a la epilepsia, dentro de las *névroses* paroxísticas o dinámicas, determinantes de cambios funcionales frente a otras lesiones estructurales³⁰. Durante años, Charcot empleó la sugestión y el hipnotismo como método de provocación de las crisis de histeria, es decir como arma diagnóstica (figura 5). En los últimos años de su existencia, después de constatar algunas curaciones “milagrosas” de pacientes que habían visitado afamados centros religiosos como el Santuario de Lourdes, tomó en consideración la probable implicación de mecanismos psicógenos en estos cuadros y la utilización de la

sugestión e hipnosis como método terapéutico (libro *La foi qui guérit*, 1892). Charcot, que no pudo encontrar la región cerebral implicada en la génesis de la histeria, fue y continúa siendo tachado de organicista recalcitrante y presuntuoso por parte de algunos defensores de la existencia de “un espíritu independiente y libre de toda influencia cerebral”^{12,16,17,21,29}. A su muerte el interés por la histeria en la Salpêtrière declinó mucho y pronto iba a desaparecer.

La histeria: ¿célula germinal del psicoanálisis?

En 1890, el moravo Sigmund Freud (1856-1939), poseedor ya de una notable formación científica (histopatológica), visita la Salpêtrière parisina para seguir las enseñanzas de Charcot. De regreso a Viena, mantiene estrecha colaboración con J. Breuer; con él estudia y trata el notorio caso de Anna O. y comienza el desarrollo de su teoría psicógena de la histeria. Del método catártico de Breuer, Freud pasará al de “asociación libre”, que propone escuchar todo lo que, libre y desordenadamente, se le venga a la cabeza al paciente. En 1895 publica el libro *Estudios sobre la histeria*, donde se argumenta que la histeria más que de un trauma físico proviene de un trauma emocional, que interacciona con factores de personalidad (fantasías, miedos, anhelos insatisfechos...). Ya se habla del inconsciente, de la represión, de la transferencia, de la sexualidad infantil y humana en general... Es decir, se intuye el psicoanálisis, pese a que el libro *Introducción al psicoanálisis*, con la teoría completa del ego y sus mecanismos de defensa internos y externos, no sería publicado hasta 1916³¹⁻³³.

Anna O. no era otra que Bertha Pappenheim, una mujer tosedora crónica y compulsiva, que estuvo al cuidado de Breuer y Freud. Cuando consiguió salir del sanatorio vienés de Bellevue publicó varios libros, algunos de corte feminista y otros de reivindicación social. En *El trabajo de Sísifo* recoge notas de visitas a hospicios, asilos, prostíbulos... afirmando que nada justifica el silencio sobre las injusticias: “Estar al corriente de la injusticia y callarse es convertirse en cómplice”. Es considerada una de las primeras asistentes sociales. Todo apunta a que su recuperación fue un hecho (figura 6).

La histeria como manifestación de insatisfacción sexual

Con la aportación freudiana, se extendió la convicción de que la enfermedad histérica volvió a ser, en cierto modo, un problema del útero y sus aledaños. La potencia

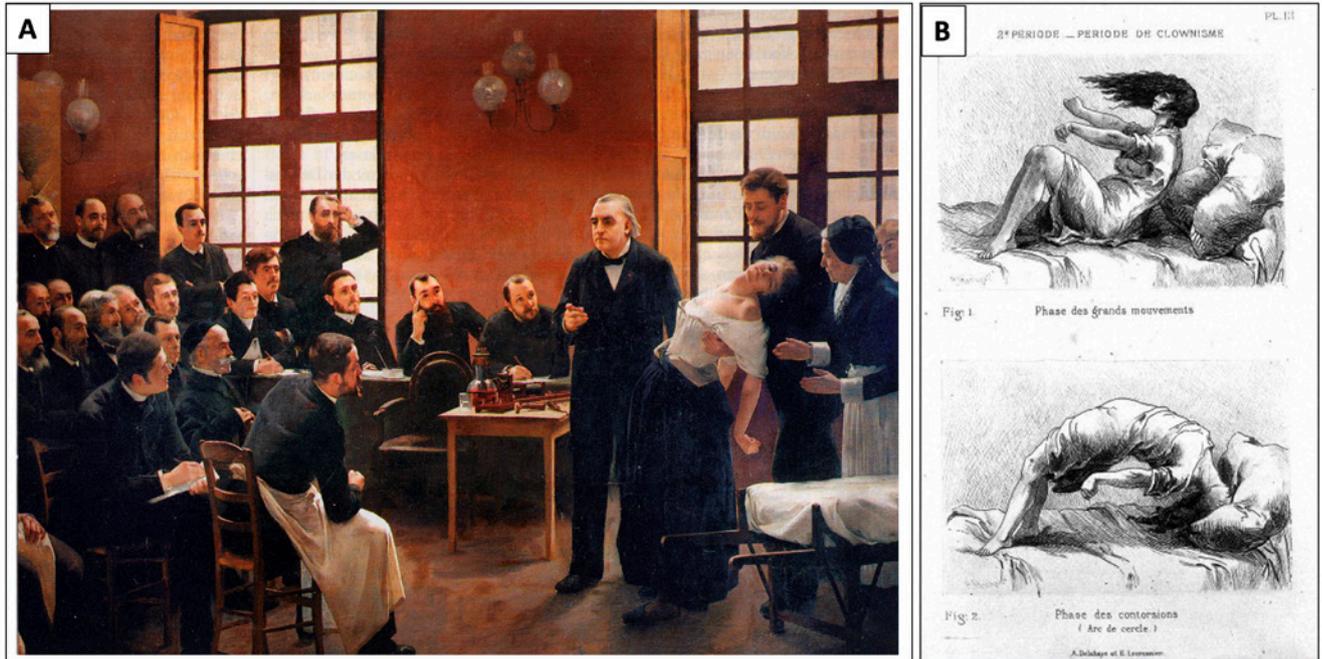


Figura 5. A) *Une leçon clinique à la Salpêtrière* (óleo de A. Brouillet). B) Fases de la gran crisis de histeria (J.M. Charcot).

del deseo insatisfecho condicionaría el espectro e intensidad de sus manifestaciones: “*solicitas maior, maior ad hysteriam proclivitas*”, afirmó Robert Carter (1828-1918). La introducción del masaje pélvico, realizado primero de forma manual en numerosas consultas, dio paso a la utilización de un instrumento electromecánico de aspecto fálico, patentado por el británico Joseph Mortimer Granville. Se inició así, en 1880, la época de los vibradores, primero en consultorios y después particulares, cuyo declive se ha pretendido situar en el primer tercio del siglo XX, cuando consoladores, vibradores, dildos... dejaron de aparecer publicitados en las revistas y catálogos femeninos (se conoce uno de 1918 de los almacenes Sears) “como instrumentos para aliviar la tensión y ansiedad”^{12,31-33} (figura 6).

La histeria y las guerras. Histeria de masas

La batalla de Maratón tuvo lugar en el año 490 a. C., dentro de la Primera Guerra Médica, en la que un puñado de helenos se enfrentaron al poderoso ejército del rey Darío I de Persia. Recién finalizada tan desigual

batalla, Filípides recorrió el camino de Maratón a Atenas; a su llegada, tras el “hemos vencido”, se desplomó y cerró sus ojos para siempre. La prueba olímpica del maratón recuerda aquella gesta. Contó el historiador Herodoto (484-420 a. C.) que un soldado que participó en la batalla de Maratón se quedó ciego sin haber sufrido herida ni golpe aparente. Adolf Hitler tuvo también, después de la derrota germana en la Primera Guerra Mundial, una ceguera histérica que remitió con tratamiento psicoterápico. Edmund Forster (se suicidó en 1933) fue el psicoterapeuta que cambió para siempre la personalidad tímida y la frágil voz del futuro Führer, que adquirió un nuevo y cautivador tono, con el atroz resultado de todos conocido.

Las guerras y luchas tribales han formado, desde tiempos remotos, parte de la historia de la humanidad; conforman una misión colectiva superior, en la que los intereses y anhelos individuales quedan totalmente borrados y subyugados. Durante las guerras, el estrés que sufre el individuo y la colectividad es máximo, y los casos de disfunción física en general, neurológica y mental son

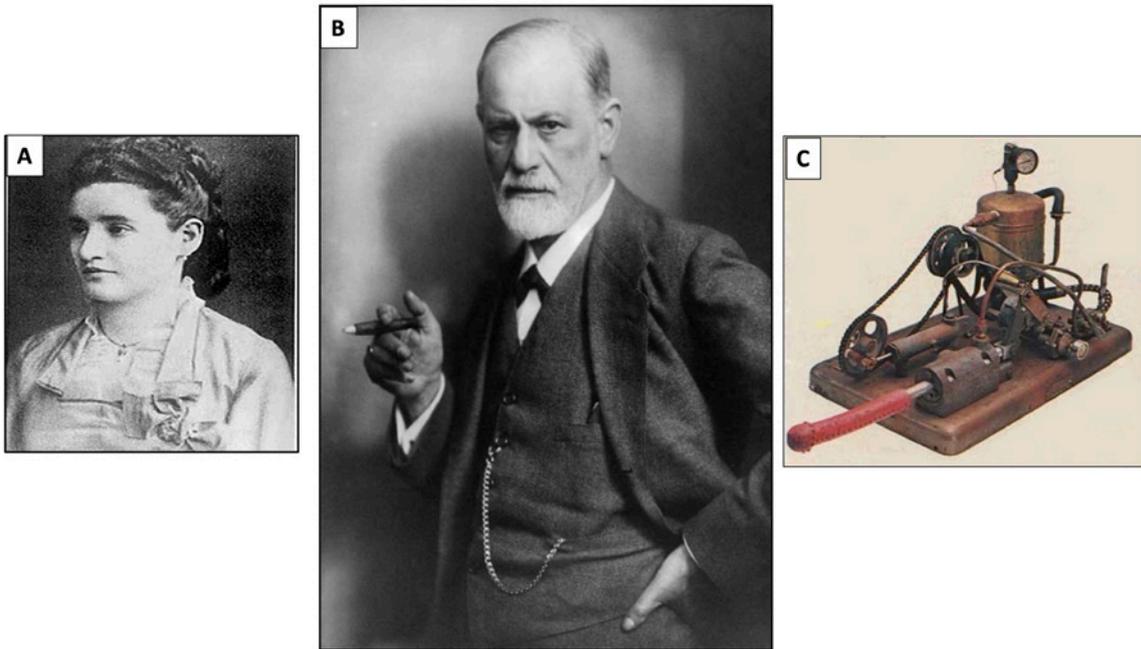


Figura 6. A) Bertha Pappenheim. B) Sigmund Freud. C) Unos de los primeros vibradores.

abrumadores, generando innumerables costes sociales y monetarios. La camptocormia (caminar con el tronco muy inclinado hacia delante) fue particularmente frecuente en los soldados de la Primera Guerra Mundial, cuya mente no podría nunca quizás desterrar el miedo vivido en las trincheras, donde se caminaba agachado. ¿Qué decir de los trastornos psiquiátricos tras la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Vietnam o del síndrome de la Guerra del Golfo? Se habla de un mecanismo de contagio y reivindicación similar al de las histerias colectivas de antaño. Un mecanismo también parecido se ha querido invocar para padecimientos colectivos actuales como el “síndrome del edificio enfermo”^{12,34}.

El destierro de la palabra histeria: el DSM

Sostienen bastantes seguidores de Freud y de su relevante continuador, el francés Jacques-Marie Émile Lacan (1901-1981), que un trastorno generado por el inconsciente solo puede ser comprendido y curado mediante el psicoanálisis. Decía Lacan que no estamos ante un paciente sino ante un “analizador” de su propio

subconsciente. La palabra histeria es tan bella y está cargada de tanta historia que nunca debería desaparecer, dice la psicoanalista Diane Chauvelot, autora del libro *Historia de la histeria*¹².

En 1952, la Asociación Americana de Psiquiatría publicó la primera versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*: el DSM. Tres años antes la Organización Mundial de la Salud había publicado la sexta revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), que incluía por vez primera los trastornos mentales. En 1980 nace el DSM-III, en el que se abandona la categoría diagnóstica de histeria y se habla de trastornos somatoformes, es decir, padecimientos que cursan con síntomas físicos que se parecen a los de enfermedades orgánicas pero de causa psicógena, dentro de los que se incluye la neurosis de conversión (neurosis histérica tipo conversivo), cuya clínica evocaría un padecimiento neurológico (seudocrisis, parálisis, alteraciones sensitivas y sensoriales, movimientos involuntarios...). Otro apartado lo conforman los trastornos disociativos (neurosis histérica de tipo

disociativo), que afectan a las funciones integradoras de la memoria, conciencia e identidad. El trastorno de personalidad múltiple, la amnesia y la fuga psicógena serían los trastornos disociativos más relevantes. Trastornos por simulación (búsqueda de ganancia material) y trastornos facticios (búsqueda de atención médica) quedan también separados. Ideas, emociones, conflictos, experiencias traumáticas que residen en la mente del paciente se expresan o “convierten” en síntomas neurológicos o físicos en general (DSM). Experiencias traumáticas (algunas de ellas de naturaleza sexual, tanto memorias horribles como fuertes anhelos insatisfechos) quedan en el subconsciente y tal compartimentalización puede aislar del control consciente a áreas cerebrales relacionadas con funciones motoras, sensitivas y mnésicas (disociación en la ICD).

Recientes investigaciones con neuroimagen funcional³⁵, llevadas a cabo en sujetos con parálisis, anestias y amnesias conversivas, demostraron alteraciones parecidas a las encontradas en sujetos a los que se les inducían, mediante hipnosis, cuadros similares. Tales hallazgos consisten en hiperactividad del córtex prefrontal, indicativa de una intervención del sistema ejecutivo, suprimiendo la actividad de otras áreas (motoras, sensitivas, límbicas, mnésicas...). La histeria y la hipnosis vuelven a encontrarse y la vieja terapéutica de inducción al sueño en los Asclepeion parece haber resucitado y se nos muestra con una esencia similar aunque disfrazada con nuevos ropajes^{6,12,35,36}. Actualmente para el diagnóstico de los trastornos funcionales ya no se requiere la presencia de síntomas de la esfera emocional ni de antecedentes de factores estresantes; se le otorga más importancia a la semiología positiva de esta patología.

El síndrome de sensibilización central y la globalización

En la segunda mitad del siglo XX y también en estos primeros compases del XXI, azotado por sucesivas crisis económicas, los enfermos afectos de dolor crónico, en conjunción con fatiga y otras múltiples quejas, entre las que podríamos señalar la disfunción menstrual y sexual, son realmente abundantes, y muchos pertenecen al sexo femenino, que se revuelve y lucha contra sus seculares marginaciones y maltratos sufridos: hace poco más de un siglo Roberto Nóvoa Santos (1885-1933), la más señera figura de la medicina galaica, reflejaba el sentir general de la época y señalaba que “la mujer no es para el estudio porque su descendencia será pobre, física y psíquicamente”³⁷.

El síndrome de sensibilización central —¿estamos ante una nueva forma de histeria?— es una denominación relativamente reciente³⁸, que pretende englobar multitud de trastornos que tendrían como base una amplificación de la percepción y vivencia del dolor (verdadera experiencia psicofísica más que modalidad sensitiva) y de otras modalidades sensoriales: fibromialgia, síndromes de dolor regional (cefalea tensional, migraña, disfunción de articulación temporomandibular, cistitis intersticial, colon irritable, dismenorrea, vulvodinia, síndrome miofascial...), fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, depresión, ansiedad generalizada, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo... podrían compartir manifestaciones y mecanismos fisiopatológicos como los reseñados anteriormente. Ideas tan globalizadoras no deberían atentar contra la convicción, acuñada a lo largo de siglos y siglos de práctica médica, de que cada enfermo tiene su personal padecimiento y de que la atenta escucha de su relato sigue siendo fundamental para guiar nuestro quehacer profesional.

A pesar de numerosos estudios y bastantes guías, todavía los trastornos conversivos, ahora llamados trastornos funcionales, ya que no en todos resulta evidente la implicación de un mecanismo psicógeno, siguen siendo causa de malestar para el neurólogo y el psiquiatra que atienden a estos pacientes, tal como revelan varias encuestas publicadas en uno y otro ámbito^{39,40}. Algunos estudios señalan que son la segunda causa más frecuente de consulta neurológica⁴¹.

Conclusiones

Los pacientes afectos de trastornos funcionales o conversivos han existido siempre. Sus manifestaciones clínicas, al igual que las interpretaciones fisiopatológicas y las medidas terapéuticas adoptadas por los médicos que los atienden, han variado a lo largo de las épocas. Relevante papel en la patogenia de esta disfunción cerebral tienen tanto factores de índole individual (genética y acontecimientos personales estresantes) como conflictos sociales (religiosidad, hambre, guerras, pestes, pandemias).

Conflicto de intereses

Este estudio no ha recibido financiación y el autor declara que no tiene conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mace CJ, Trimble MR. 'Hysteria', 'functional' or 'psychogenic'. A survey of British neurologists' preferences. *J R Soc Med.* 1991;84:471-5.
2. Ron MA. Somatisation in neurological practice. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1994;57:1161-4.
3. Marsden CD. Hysteria--a neurologist's view. *Psychol Med.* 1986;16:277-88.
4. Mace CJ. Hysterical conversion. II: a critique. *Br J Psychiatry.* 1992;161:378-89.
5. Williams DT, Ford B, Fahn S. Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. *Adv Neurol.* 1995;65:231-57.
6. Arias M. Trastornos psicógenos: concepto, terminología y clasificación. *Neurología.* 2004;19:377-85.
7. Stonnington CM, Barry JJ, Fisher RS. Conversion disorder. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1510-7.
8. Kanaan R, Armstrong D, Barnes P, Wessely S. In the psychiatrist's chair: how neurologists understand conversion disorder. *Brain.* 2009;132:2889-96.
9. Perez DL, Dworetzky BA, Dickerson BC, Leung L, Cohn R, Baslet G, Silbersweig DA. An integrative neurocircuit perspective on psychogenic nonepileptic seizures and functional movement disorders: neural functional unawareness. *Clin EEG Neurosci.* 2015;46:4-15.
10. Conejero I, Thouvenot E, Abbar M, Mouchabac S, Courtet P, Olié E. Neuroanatomy of conversion disorder: towards a network approach. *Rev Neurosci.* 2018;29:355-68.
11. Shorter E. The borderland between neurology and history. Conversion reactions. *Neurol Clin.* 1995;13:229-39.
12. Chauvelot D. Historia de la histeria. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
13. Shorvon S. Fashion and cult in neuroscience: the case of hysteria. *Brain.* 2007;130:3342-8.
14. Marchant M. Apuntes sobre la histeria. *Revista de Psicología.* 2000;9:1-12.
15. Laín Entralgo P. Historia universal de la medicina. Barcelona: Salvat; 1978.
16. López Piñero JM. La medicina en la historia. Madrid: La Esfera de los Libros; 2002.
17. Balcells M. Historia general de la neurología. Madrid: SANED; 2009.
18. Graves R. Dioses y héroes de la antigua Grecia. Madrid: El Mundo; 1999.
19. Reverte J. Corazón de Ulises. Madrid: Suma de Letras; 2000.
20. García-Albea E. La neurología en los papiros médicos faraónicos. *Rev Neurol.* 1999;28:430-3.
21. García-Albea E. Historia y humanidades en neurología. 2ª ed. Madrid: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2007.
22. Ruiz-Ezquerro JJ. La neurología en el antiguo Egipto. Madrid: SANED; 2008.
23. Platón. Obras completas. Vol. 6: Timeo. Azcárate P, ed. Madrid: Medina y Navarro; 1872.
24. García-Albea E. Historia de la epilepsia. Barcelona: Masson; 1999.
25. García-Albea Ristol E. Areteo de Capadocia (siglo II d.C.) y las primeras descripciones neurológicas. *Rev Neurol.* 2009;48:322-7.
26. Ruiz-Ezquerro JJ. Epilepsia: historia, leyenda y arte. Barcelona: Ars Medica; 2009.
27. Martos A. Historia medieval del sexo y del erotismo. Madrid: Nowtilus; 2008.
28. Martín-Araguz A. Historia de la neurociencia en la Antigüedad, Medioevo y Renacimiento: la contribución española. En: Martín-Araguz A, coord. Historia de la neurología en España. Madrid: SANED; 2002.
29. Montiel L. Síntomas de una época: magnetismo, histeria y espiritismo en la Alemania romántica. *Asclepio.* 2006;58:11-38.
30. Goetz CG. Charcot and psychogenic movement disorders. En: Hallett M, Lang MD, Anthony E, Fahn S, Cloninger CR, Jankovic J, Yudofsky SC, eds. Psychogenic movement disorders. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 3-13.
31. Freud S. Introducción al psicoanálisis. Madrid: Alianza Editorial; 2002.
32. Estudios sobre la histeria: Sigmund Freud (1895) [Internet]. Santiago de Chile: Facultad de Filosofía Universidad ARCIS; [s.d.]. Accesible en: <https://www.philosophia.cl/biblioteca/freud/1895Estudios%20sobre%20la%20histeria.pdf>
33. Tomlinson WC. Freud and psychogenic movement disorders. En: Hallett M, Fahn S, Jankovic J, Lang AE, Cloninger CR, Yudofsky SC, eds. Psychogenic movement disorders. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 14-19.
34. Palm IP. Military and mass hysteria. En: Hallett M, Lang MD, Anthony E, Fahn S, Cloninger CR, Jankovic J, Yudofsky SC, eds. Psychogenic movement disorders. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 20-23.
35. American Psychiatric Association. DSM-III-R: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Valdés M, coord. Barcelona: Masson; 1998.
36. Bell V, Oakley DA, Halligan PW, Deeley Q. Dissociation in hysteria and hypnosis: evidence from cognitive neuroscience. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82:332-9.
37. Nóvoa-Santos R. La indigencia espiritual del sexo femenino: las pruebas anatómicas, fisiológicas y psicológicas de la pobreza mental de la mujer: su explicación biológica. Valencia (ES): Sempere y Compañía; 1908.
38. Smith HS, Harris R, Clauw D. Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician.* 2011;14:E217-45.
39. Dent B, Stanton BR, Kanaan RA. Psychiatrists' understanding and management of conversion disorder: a bi-national survey and comparison with neurologists. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:1965-74.
40. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. Neurologists' understanding and management of conversion disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82:961-6.
41. Stone J, Carson A, Duncan R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, et al. Who is referred to neurology clinics?--the diagnoses made in 3781 new patients. *Clin Neurol Neurosurg.* 2010;112:747-51.