

DR. JUAN JOSE LOPEZ IBOR

---

# Bases biológicas de la histeria

---

Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina.  
24 de junio de 1952

---

Imprenta de José Luis Cosano - Palma, 11 - Madrid



## Bases biológicas de la histeria

POR EL

EXCMO. SR. D. JUAN JOSE LOPEZ IBOR

*Académico de número*

El ámbito de la Psiquiatría no se halla enteramente ocupado por las psicosis, sino que buena parte de él pertenece a las *neurosis*. ¿Qué son las neurosis? La palabra viene rodando desde los tiempos de Cullen. La introducción de la Anatomía patológica en la Medicina segregó negativamente un grupo de enfermedades, constituido por las que carecían de lesión. A este grupo se llamó «neurosis». Constituido de un modo negativo, estaba destinado a perder continuamente terreno, pues era lógico suponer que, a medida que avanzasen los conocimientos, iban a ser descubiertos nuevos sustratos materiales sobre los que apoyar los trastornos hasta entonces llamados «esenciales». Si la enfermedad de Parkinson, la epilepsia misma y tantas otras fueron etiquetadas de neurosis un tiempo, pronto hubieron de engrosar las filas de la Patología orgánica

Era, pues, necesario, buscar unas características positivas al grupo de las neurosis o renunciar definitivamente a él. En esta tesitura, Golscheider describió el caso de un enfermo con alteraciones del ritmo cardíaco, en quien la autopsia descubrió un amasijo ganglionar que irritaba

el vago. A partir de esta observación, se estableció que las neurosis eran enfermedades no de los órganos mismos, sino de los *nervios de los órganos*, si bien ésta podría ser, y en la mayoría de los casos lo era, de naturaleza irritativa. Con esto se abrían las puertas a la Patología funcional. Pero, por entonces, estudiando las neurosis gástricas, se vino a caer en la cuenta de que en su aparición intervenía un cierto factor, ajeno a la Patología orgánica, que era un factor psíquico. Así, pues, las neurosis adquirieron un contenido positivo: la intervención de un factor psíquico. Esto revelaba la expresión «psiconeurosis» que se introdujo por entonces.

Esta revelación acerca de la psicogenia neurótica se debió principalmente—casi es innecesario recordarlo—a los trabajos de Freud. Sus primeros trabajos se referían a la histeria, a la neurosis de ansiedad y a la que llamaba neuropepsicosis de defensa. La histeria, cuya historia es una de las más instructivas de la Medicina, se había mantenido como enfermedad independiente. Cuando Cullen hablaba de neurosis, no incluía entre ellas la histeria. En la histeria de entonces se comprendían los cuadros angustiosos, fóbicos y obsesivos, depresivos y unos cuantos más. Era una enfermedad más multiforme que pintoresca, aun siéndolo mucho. La aproximación entre histeria y neurosis se hizo, tras los primeros trabajos psicoanalíticos, a través de las neurosis gástricas. Es natural que así fuera, si se piensa en algunos de los síntomas comunes a ambos cuadros, tales como el bolo histérico, el mericismo, la aerofagia, el meteorismo, etc. Pero como en el fondo, aun habiendo tantos rasgos comunes, se mantenían unas ciertas diferencias, el gran grupo de las neurosis se dividió en psiconeurosis y órgano-neurosis. Ambos se hallaban unidos por la comunidad etiologicopatogénica: el trauma psíquico, y separadas por el plano en que se realizaban las manifestaciones: psíquico, en las psiconeurosis, y visceral, en las órgano-neurosis.

La neurosis se define, pues, por hallarse determinada por un motivo psíquico. A cualquier observador le llamaba,

empero, la atención, que unos mismos motivos psíquicos eran capaces de determinar en unos casos un trastorno y en otros no. El factor patógeno se hallaba en el modo de elaborar el impacto traumático, en el camino que tomaba en el interior, en el «metablema», como diría Unamuno. Las neurosis se transforman en *reacciones vivenciales anormales*. La histeria es su ejemplo más típico.

La anormalidad en el trayecto puede acaecer por dos razones: porque la personalidad sea anormal o porque se enciendan, como en un circuito reverberativo, cargas psíquicas anómalas. El primer punto introduce el problema de la personalidad, de tan gran importancia que, para muchos autores, absorbe todo el grupo morboso. En el conocido libro de Bunke se incluyen todos estos trastornos bajo el nombre de «disposiciones, reacciones, actitudes y desarrollos psicopáticos». Dejando ahora aparte las personalidades psicopáticas propiamente dichas, el grupo se subdivide en nerviosidad, cuadros hipocondríacos, estados obsesivos, reacciones psicógenas, actitud histérica y desarrollo paranoide.

El segundo grupo, la adhesión a contenidos psíquicos especiales depositados en el subconsciente, constituye la vía abierta por el psicoanálisis. En el enfermo, pues, pesaba no tanto la vivencia próxima como las experiencias anteriores, es decir, su «historia interna». La neurosis era un punto culminante, una crisis, en una biografía. Posteriormente, v. Weizsäcker ha llegado a formular el principio con mayor amplitud: la enfermedad, lo mismo da que sea somática que psíquica, es una crisis biográfica.

*El psicoanálisis olvidó, sin embargo, que en las crisis neuróticas podía existir un componente biológico, no como secuela de la crisis, sino en su misma base. Mi descripción de la timopatía ansiosa, en lugar de la neurosis de angustia, se apoya fundamentalmente en el reconocimiento de un disturbio vital en la génesis de muchas crisis de ansiedad. Ciertamente es que sobre este disturbio de fondo puede montarse una superestructura netamente psicógena; pero tam-*

bién lo es que en la génesis de los síntomas observados en la clínica, en estos casos, lo primario corresponde al disturbio vital. Y voy a intentar demostrarlo apoyándome en una historia clínica de Freud.

Freud comenzó sus publicaciones—las que figuran en las obras completas y sirven de fundamento a la doctrina psicoanalítica—con un trabajo sobre la histeria, que publicó con Breuer en 1895. A estos trabajos siguen unos historiales clínicos, que comienzan por la historia de la Sra. Emmy de N. En esta historia, muy extensa, se recurre al primitivo modo de trabajo de Freud, mediante la evocación, en hipnosis, de los recuerdos traumatizantes. Pero hay en la sintomatología clínica de la enferma ciertos datos, que quisiera recoger y destacar. La mayor parte de la historia se destina al hallazgo y comentario de los síntomas de conversión de la enferma, que ofrecía una sintomatología rica a este respecto. En esta sintomatología, Freud captó aquello que fundamentalmente le interesaba; pero, observador genial y concienzudo, no pudo dejar de anotar otros datos, a primera vista secundarios, desde la perspectiva en que enfocó su historia clínica. Son, precisamente, estos datos los que yo quiero recoger y comentar:

«El día 1 de mayo de 1889 comencé a prestar asistencia médica a una señora aproximadamente de cuarenta años, cuyo padecimiento y personalidad llegaron a inspirarme tan vivo interés, que hube de dedicarle gran parte de mi tiempo, poniendo un tenaz empeño en lograr su curación. Tratóbase de una histérica...» Se trataba de la Sra. Emmy de N., de cuarenta años. La enferma caía fácilmente en hipnosis y es éste el primer caso en que Freud se decide a usar por su cuenta el método de Breuer.

Invito al lector a releer íntegra la historia, tal como fué publicada por Freud. Yo sólo voy a entresacar de ella algunos pasajes. La enferma, de aspecto aún juvenil, presenta una expresión contraída y doliente. Con frecuencia, ciertas contracciones a modo de «tics» recorren los músculos de su cara y cuello. A los veintitrés años casó

con un rico industrial, que murió de un ataque al corazón. Desde la muerte de su marido, hace catorce años, está siempre enferma. En el curso de su enfermedad, ha presentado diversas oscilaciones. En las primeras entrevistas relata una serie de motivos traumáticos. Cuando tenía cinco años, sus hermanos la asustaban arrojándole bichos muertos. Por entonces tuvo el primer ataque, con desvanecimiento y convulsiones. Su tía le dijo que tenía que dominarse y no volvió a tener ninguno. A los siete años vió a su hermana muerta y metida en el ataúd. A los ocho, su hermano la asustaba disfrazándose de fantasma; a los nueve, viendo cómo al cadáver de su tía en el ataúd se le abrió la boca. Piensa con frecuencia en tales escenas, y los últimos días las ha rememorado muy plásticamente.

Tenía un tic al hablar, como un chasquido, desde que una vez, hace cinco años, en que, «hallándose velando a un hijo menor, enfermo de gravedad, se propuso guardar el mayor silencio» (en hipnosis). En otras sesiones rememora otros recuerdos traumáticos: teniendo quince años vió cómo se llevaban a una prima suya al manicomio; quiso pedir auxilio y la voz no le salió. En hipnosis, relata otros recuerdos terroríficos, como el de su madre conmocionada por los efectos de un rayo. En estado vigil, relata una serie de experiencias, también terroríficas, referentes a manicomios y enfermos mentales. En hipnosis, evoca el caso de un primo suyo, a quien sus padres hicieron sacar toda la dentadura, y exclama: «¡Estése quieto! ¡No me toque usted!» Esta última frase se refiere a varias ocasiones en que enfermos mentales la habían sujetado por el brazo o abrazado. Advirtiéndole el origen de esta frase, consigue que no vuelva a pronunciarla. En varias sesiones de hipnosis, sigue recordando sucesos traumáticos que la han asustado; en algunos, lo sucedido tenía relación con la locura. El acontecimiento de su vida que más le ha impresionado es la muerte de su marido, de un acceso cardíaco; después de ella, su hija pequeña le causó muchas preocupaciones. Nue-

va preocupación a propósito de la fuga del príncipe L... de un manicomio.

Otro día: sueños horribles con patas y respaldos de sillas, que se convierten en serpientes. Fracaso de la prohibición general de pensar en estas cosas. Nuevos recuerdos del marido y de las dificultades tenidas con su familia. Dolores de estómago, que coinciden con la zoopsia. Los dolores de estómago comenzaron cuando la muerte de su marido, en una temporada en que sufrió una gran inapetencia. Dolor e insensibilidad en la pierna derecha; cuenta que en 1871 tuvo que cuidar a un hermano, cuando ella estaba convaleciente de una enfermedad intestinal. Desde entonces tenía los dolores de vientre, y alguna vez, de la pierna derecha.

15 de mayo: aparece en el relato, por primera vez, la palabra «angustia», con ocasión del miedo a los ascensores («confusión de la memoria producida por la angustia»). Aparecen otras reminiscencias en relación con esta situación, tales como la de la mujer que criaba un hijo idiota, la enferma de melancolía que fué encerrada en un manicomio. Tenía dolores de piernas y brazos, sensación de presión helada en la nuca, *complejos de síntomas que no pueden reducirse a reminiscencias* (1). De cuando en cuando, tiene representaciones angustiosas, tales como la de que sus hijas pueden enfermar y morir repentinamente, etc. «Le reprocho aquella necesidad que tiene de angustiarse, aunque no existía motivo alguno para ello (1), y me prometo no hacerlo más porque yo se lo pido.»

Visiones en el jardín, de ratas y otros animales. En hipnosis, reminiscencias de Ruegen, de donde tiene recuerdos penosos. Estaba en el jardín en un sitio muy caluroso y esto le hizo recordar la terraza de Ruegen. Sueña con cadáveres. Recuerdo de un murciélago que vió en el tocador. Unido a los gusanos, desde que vió uno en una almohadi-

---

(1) Subrayado por mí.

lla para alfileres que le regalaron. Paseo con su marido por un camino cubierto de sapos.

El anterior relato corresponde a tres semanas de tratamiento. La enferma mejoró, y a las siete semanas, Freud la autorizó a volver a su residencia a orillas del Báltico. Siete meses después recayó, coincidiendo con la enfermedad de su hija. Reaccionó contra Freud, por creer que había aminorado la importancia de dicha enfermedad. Fué a un sanatorio en Alemania, donde no consiguió nada. Al año volvió a Viena.

Freud la encontró animada y mejor de lo que creía. La enferma se quejaba de confusión mental o, por decirlo con sus propias palabras, de tener «una tempestad en el cerebro». Insomnio. Tartamudez y castañeteo de la lengua, que en hipnosis se demostró provenir de un susto que le dió un camarero el invierno anterior. En los estados de «confusión mental», repetía el nombre de Emmy, que era el suyo y el de su hija mayor, como punto de apoyo para recobrar la lucidez; todo lo demás podía sucumbir, con tal de que se salvase lo referente a su hija.

Observó Freud que la enferma comía poco y no bebía agua, y fracasó cuando quiso convencerla—*modo suaviter*—de que sólo el miedo era el causante de esta autoprohibición. La amenazó con no seguirla tratando si no le hacía caso. La enferma se entregó y contó una serie de episodios de su vida que le ligaban el comer a la sensación de asco.

La enferma mejoró mucho y así continuó muchos años; «pero los rasgos fundamentales de su carácter habían variado poco»... «No parecía haber aceptado mi proposición de establecer una amplia categoría de cosas indiferentes» y «su tendencia a atormentarse por nimiedades era apenas menor que durante el tratamiento». Incapacidad de hacer largos viajes en ferrocarril. En 1893 se hallaba enferma de nuevo.

En la epicrisis, comenta Freud varios puntos de la historia, acerca de los que quisiera llamar la atención:

A) Los síntomas psíquicos que presenta Emmy con es-

casa tendencia a la conversión somática son: el *estado de ánimo* (*angustia y depresión melancólica*), *fobias* y *abulias*.

No se detiene mucho en la descripción del estado de ánimo fundamental. Con respecto a las fobias y abulias, insiste en su desencadenamiento traumático («se muestran en nuestro caso suficientemente determinadas por sucesos traumáticos»). Pero *esto no basta*: algunas son primarias, comunes a todos los hombres, especialmente neurópatas (zoofobia, miedo a las tormentas). El miedo primario e instintivo desempeña el papel principal. Anota luego la intervención de los mecanismos determinantes de las otras fobias; por ejemplo, el miedo a un sobresalto súbito, por la muerte del marido; el miedo a los manicomios, por los diversos relatos escuchados; el miedo a ser enterrada viva, por la creencia de que su marido no estaba muerto cuando sacaron de la casa el cadáver, etc. Por lo demás—agrega—, todos estos factores psíquicos sólo pueden explicar, a mi juicio, la elección de las fobias, pero no su duración. Por lo que a este respecto hemos de tener en cuenta un factor *neurótico*, o sea, la circunstancia de que la paciente observaba hace años atrás una completa abstinencia sexual, motivo frecuentísimo de *tendencia a la angustia*.

Freud, después, formuló de un modo más complicado toda su teoría; pero resulta útil acercarse a estas observaciones iniciales para entresacar los auténticos fundamentos de su pensar. En la observación anterior queda consignado un hecho, a mi modo de ver, fundamental: el contenido de las obsesiones no explica su presencia, sino que existe un factor originario anterior. Es decir, una situación determinada hace cristalizar una determinada obsesión; pero *la situación no es su causa*. El desplazamiento de la producción de la obsesión del plano psíquico es evidente. En la historia de Emmy y en la propia experiencia de cada psicoterapeuta puede observarse el hecho siguiente: el análisis psicológico de una fobia la destruye *casi* totalmente, pero queda un núcleo inicial, originario,

que permanece indemne a este desmantelamiento por la vía psíquica. El enfermo puede ahogarlo, vencerlo, dominarlo, como se ahoga un dolor físico; pero ese descubrimiento o ese desinterés no supone una disolución automática.

*El núcleo inicial de las fobias no pertenece, pues, al plano psíquico; por eso duran y sobreviven después del descubrimiento de los mecanismos psíquicos que allí intervienen. Freud, reconociendo este hecho, traslada el núcleo inicial al plano neurótico. ¿Qué quiere decir con esto? En aquel momento en que escribía la epicrisis de la historia de Emmy, quería decir que la retención de la descarga energética era la causa. Esta retención se hallaba, pues, situada en el plano biológico. En la producción de las fobias admitía, decididamente, la intervención de un factor biológico.*

En la primera formulación de la neurosis de angustia recurrió a esa misma génesis. *Angustia y fobia, pues, tienen para Freud una génesis, en el fondo, biológica.* En torno a ella, se suscitó la polémica con Loewenfeld, cuyos argumentos no eran nada despreciables. Esto obligó a Freud a precisar su punto de vista sobre la génesis de las neurosis, que, en resumen, era así: existe una desproporción entre la carga total del sistema nervioso y su capacidad de resistencia. La herencia actúa como un interpolador en circuito eléctrico. La forma de la neurosis depende de un factor etiológico específico, procedente de su vida sexual.

Como puede verse, esta teoría de la génesis de la neurosis se mueve claramente en el plano biológico. Freud vió entonces, concretamente, que en la neurosis de angustia intervenía un factor *extrapsíquico, pero no lo interpretó concretamente.*

Según mi opinión, ese factor no puramente psíquico es la *angustia misma, que no es un fenómeno psíquico ni somático, sino que participa de ambos y se halla situada en su intersección.* Existe en el hombre normal un plano de su ser que es el de la *vitalidad.* Scheler describió los

«sentimientos vitales» como una percepción general de cómo se encuentra el ser en una situación dada. También se habla de «estados de ánimo». Yo estoy alegre, triste, angustiado, sereno, extático, etc. Ahora bien; en los estados de ánimo existen unos que están determinados por sucesos que nos vienen de fuera, y otros, por algo que viene de dentro. Yo puedo estar triste por haber recibido la noticia de una desgracia familiar; pero el melancólico genuino está triste, no por ningún motivo exterior, sino por una tristeza que mana de su interioridad (tristeza vital, de K. Schneider). Lo mismo que existe una tristeza vital, existe una *angustia vital*. Las crisis de angustia sobrevienen como una tempestad, sin que se hallen determinadas por ninguna circunstancia externa.

Con esta angustia vital no reactiva he constituido el grupo morboso que he llamado «timopatía ansiosa». A mi modo de ver, esa misma angustia existe en la base de muchas reacciones histéricas. De otros arbotantes biológicos de la histeria me ocuparé en otra ocasión.







