



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

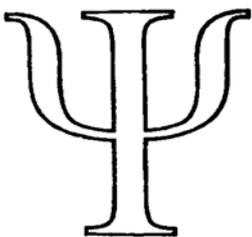
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**LA EVOLUCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES
HISTÓRICAS A TRAVÉS DEL TIEMPO**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN
EVELYN CITALI ALONSO SOTO
ANDREA MIRELES OCAMPO**

DIRECTORA:
MTRA. EVA MARIA ESPARZAMEZA

REVISOR:
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS



MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A mi familia por su amor y apoyo en todos los momentos de mi vida.

A mis amigos por compartir tantos momentos maravillosos y seguir
haciéndolo.

A mis maestros por las enseñanzas y los conocimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de
aprender y desarrollarme.

Andrea.

Agradecimientos

A mi familia: mis padres Rodolfo y Georgina; mis hermanos Nallely y Rodolfo y a mi sobrinita Citlali, gracias por sus enseñanzas, por su esfuerzo, apoyo, amor y confianza que me brindaron, sin ustedes no hubiera logrado concluir esta etapa tan importante dentro de mi vida profesional. Los quiero mucho.

A mis primas: Ivett e Itzel saben que las quiero mucho y espero que siempre estemos juntas como hasta ahora.

A la Universidad Nacional Autónoma de México: por haberme dado la oportunidad de estudiar y desarrollarme dentro de esta gran Universidad.

A mi pequeño: Ricardo por ser esa persona que estuvo ahí, apoyándome tanto en los momentos buenos como malos, por comprenderme y motivarme, siempre serás muy importante en mi vida." Kimi o ai shiteru".

A mis amigos: Angélica, Andrea, Judith, Luz, Mónica, Vianett, Eduardo, René y Victor por todos los momentos tan bonitos que hemos compartido y los que nos faltan.

Evelyn

RESUMEN

La Histeria es una enfermedad que ha prevalecido desde que fue identificada por los griegos. A través del tiempo ha tenido diversos cambios en su concepción, no así, en los mecanismos básicos de instalación. A partir de este aspecto fue que consideramos importante realizar una investigación cuyo objetivo fuera determinar la forma en que han ido evolucionado las manifestaciones histéricas a través del tiempo, analizar los síntomas que se han modificado y los que permanecen constantes, desde el período comprendido de 1910 al 2000. Se recurrió al análisis documental de 164 expedientes clínicos con diagnóstico de Histeria y los trastornos que se consideran actualmente como derivados de la Histeria.

Se encontró que los síntomas que prevalecen son los Seudoneurológicos, las Crisis Convulsivas y el Déficit Sensorial; otros síntomas como la Ansiedad y los Gastrointestinales surgen a partir de los años 50`s. Las Expresiones Emocionales Exacerbadas, Actitudes Teatrales y las Crisis Convulsivas son síntomas que se manifiestan en todos los decenios con variaciones en los porcentajes de frecuencia. A partir del análisis de los síntomas se puede concluir que los síntomas más frecuentes prevalecen, disminuyen y/o se moldean o transmutan dependiendo de las exigencias psico-sociales.

INDICE

INTRODUCCION

7

Capítulo I. Antecedentes de la Histeria

1.1	Concepto de Histeria	12
1.2	Las Primeras Denominaciones de la Histeria (de los Egipcios a Charcot).	14
1.3	La Histeria en Freud.	34
1.4	La Histeria en Lacan.	50
1.5	Síntoma y Mecanismo de Conversión.	71
1.6	El Goce en la Histérica.	79
1.7	La Histeria Masculina.	85

Capítulo II. Criterios De Diagnóstico para la Histeria

2.1	Antecedentes de los Criterios Diagnósticos	87
2.1.1	Las Manifestaciones Histéricas y Trastornos en la Mujer.	93
2.2	Criterios de Diagnóstico Actuales para la Histeria	100
2.2.1	Criterios de Diagnóstico para la Histeria según el Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV R).	102
	A)Trastorno de Conversión (300.11)	102
	B) Trastorno de Somatización (300.81).	104
	C) Trastorno Histriónico de la Personalidad (301.50).	106
2.2.2	Criterios de Diagnóstico para la Histeria según el CIE-10.	107
	A) Trastorno de Somatización (300.81).	107
	B) Trastorno Histriónico de la Personalidad (301.50).	109

3. MÉTODO.

3.1	Planteamiento del problema	111
3.2	Pregunta de investigación	112
3.3	Objetivo general	112
3.4	Objetivos específicos	112
3.5	Tipo de estudio	113
3.6	Muestra	113
3.7	Criterios de inclusión	114
3.8	Naturaleza de los datos	114
3.9	Instrumento	120
3.10	Procedimiento	120

RESULTADOS.	126
--------------------	-----

DISCUSION Y CONCLUSION.	139
--------------------------------	-----

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	154
------------------------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	156
------------------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

El estudio de un tema como la Histeria nos exige remitirnos a sus orígenes.

En la antigüedad era considerada como producto de la posesión demoníaca, como una enfermedad exclusiva de las mujeres y atribuida a la falta de actividad sexual. Es a partir de finales del siglo XIX que se empezó a estudiar desde el punto de vista fisiológico y emocional.

Charcot en el año 1878, estudia detenidamente el Ataque Histérico, pero es con Sydenham en el siglo XVII, cuando la Histeria fue considerada como una patología mental.

En el año de 1893 Sigmund Freud desarrolló dos teorías, en las cuales ahonda en su origen y en sus síntomas; posteriormente Jaques Lacan considera a la Histeria como una estructura inmodificable, con mecanismos y momentos particulares en su instalación.

El carácter Histérico, carece de identidad propia, por lo que va por el mundo siguiendo modas, en esa búsqueda constante de identidad propia, denotando fingimiento, falsedad en sus relaciones interpersonales, mostrándose como el deseo del Otro, por lo que su identificación es

la de Otro, logrando de esta forma mantener su deseo insatisfecho, ya que en éste se encuentra su goce, el goce de la Histérica.

Debido al gran número de teorías acerca de su origen y al inadecuado empleo del término, la Histeria fue adquiriendo desprestigio, vaguedad en su definición y por este motivo en su diagnóstico, ya que era utilizada para nombrar diversos malestares, o inclusive cuando se tenía desconocimiento sobre algún padecimiento; por lo que actualmente se encuentra sustituida de los Manuales Diagnósticos, creando vaguedad en su significado.

Actualmente La Histeria corresponde dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) a: los Trastornos Somatoformes (conversión 300.11 (Zukerfeld, 1996). Incluyendo también los Trastornos de Somatización (300.81) y el Trastorno Histriónico de la Personalidad (301.50).

Una de las investigaciones más relevantes acerca de la Locura durante el Porfiriato fue la de la psicóloga Martha Lilia Mancilla (2001), quién se basó en la revisión de expedientes clínicos del Manicomio General de la Castañeda. Encontrando que la histeria, epilepsia, melancolía y las manías eran algunos de los

padecimientos por los que las mujeres de esa época eran recluidas en esta gran institución, la cuál representó un paso hacia el avance en el mundo de la Psiquiatría.

Así mismo, podemos mencionar la investigación del Psicólogo Guillermo Gaytán Bonfil en el año 2001, acerca del diagnóstico de la Locura en el Manicomio General de la Castañeda, encontrando que la mayoría de los expedientes no contaban con los datos de identificación del paciente, el diagnóstico o los criterios para delimitarlo, debido a que la clasificación del trastorno se efectuaba al momento en que éste ingresaba, basándose en los reportes de la persona o del policía que lo acompañaba, debido a que esta institución llegó a ser utilizada como salubridad pública.

Respecto a las nomenclaturas de estos años existe escasa similitud con las actuales.

En un estudio factorial de la personalidad histérica realizado sobre una muestra de noventa mujeres, Lazare A, Klerman G y Armor D (1996) observaron una fuerte correlación con siete rasgos de personalidad en los cuales figuran el exhibicionismo y el histrionismo, individualizado en el DSM-IV con el término de

"personalidad histérica", y siendo los síntomas con mayor frecuencia: el egocentrismo, el exhibicionismo, la sugestibilidad, la dependencia, la erotización de las relaciones y el miedo a la sexualidad.

A continuación se mencionan los puntos que se abordan en este trabajo: en el primer capítulo se mencionan los antecedentes de la Histeria, así como las principales teorías y concepciones que ha tenido a largo del tiempo.

En el segundo capítulo se describen los criterios diagnósticos utilizados actualmente.

Posteriormente se presenta el análisis de resultados, mediante la clasificación de los síntomas obtenidos a partir de la revisión de los expedientes clínicos que contaban con diagnóstico o algún tipo de estudio(examen mental; la historia clínica o exploración médica) del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y de la Clínica San Rafael, así como la frecuencia de expedientes clínicos de acuerdo al sexo y a la edad, presentando una gráfica de los síntomas por cada decenio, en las cuáles podemos apreciar cuales síntomas han prevalecido, así como su frecuencia.

En el apartado de discusiones se lleva acabo la corroboración de los resultados obtenidos durante la investigación con lo encontrado en la revisión bibliográfica, así mismo se mencionan posibles propuestas de investigación relacionadas con la Histeria.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA HISTERIA

1.1 Concepto de Histeria

La palabra histeria tiene su origen en el término griego "hystéra - matriz" (Warren, 1975, p.165) e "hysteron-útero" (Valdes, 1996, p.74). A partir de su introducción a la terminología médica y a lo largo del tiempo, ésta palabra ha tenido diversos usos y modificaciones, desapareciendo incluso del Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV) y del manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), en los cuales ha sido sustituida por diversos términos.

Una de las razones para que el término histeria fuera sustituido, es que desde su introducción se utilizaba para designar innumerables malestares, como: dolores en alguna parte del cuerpo, sensación de hormigueo, expresiones teatrales, pantomimas, amnesias, ceguera, afonía, temblores, anestesias, cefalea y el contagio emocional de las multitudes, a través del tiempo éste término se fue desgastando, haciéndose cada vez más impreciso, e incluso utilizándolo despectivamente; por estos motivos la **Società**

Médico-Psicologique de París consideró necesario apoyar la nosografía estadounidense, actualmente se define como un: "Trastorno psíquico encuadrado en el grupo de las neurosis, caracterizado por respuestas emocionales agudas en situaciones de ansiedad. Los síntomas son muy variables: simples tics, vómitos, amnesia, lágrimas y risas incontroladas, parálisis, etc." (Discapnet, 2007, p.6).

De acuerdo con el DSM-IV (1996), los criterios que sustituyen el nombre de este legendario padecimiento se enumeran y clasifican de la siguiente manera:

1.-Trastornos somatomorfos

- Trastornos de somatización (anteriormente histeria o síndrome de Briquet).
- Trastorno de conversión.

2.-Trastornos fácticios (que se plantean como diferentes de la mera simulación, pero que comparten con ésta una cierta condición de engaño en el sentido que Babinski daba al pitiatismo).

- Con predominio de síntomas y signos psicológicos.
- Con predominio de signos y síntomas físicos.

3.-Trastornos de la personalidad

-Trastorno histriónico de la personalidad.

Tomando en cuenta estas denominaciones y según los datos encontrados en el Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los servicios de Salud en los Estados (DIF, 2001). Se encontraron los siguientes datos estadísticos que nos indican la prevalencia de los trastornos en nuestra población:

En 1999 el Trastorno Histriónico de la Personalidad presentó una incidencia del 2 al 3% de la población general, obteniendo una mayor prevalencia en cuanto al sexo femenino.

En 1999 el Trastorno Somático presentó una incidencia del 34.4%, según los egresos hospitalarios en México.

1.2 Las Primeras Denominaciones de la Histeria (de los Egipcios a Charcot).

Las primeras designaciones y referencias pertenecientes a la histeria datan y se encuentran ya descritas en un Manual de Medicina de la época de los egipcios, que data del año

1900 a.C. A pesar de estar incompleto, ya hace referencia a la histeria con las llamadas perturbaciones del útero, incluso hace mención a los síntomas, los diagnósticos y los tratamientos de dicha enfermedad (Chauvelet, 1995).

Posteriormente, en el año 460 a.c., Hipócrates, (Sánchez, 2001) denominó a la Histeria como Gran Enfermedad. El término se aplicaba sobre todo a enfermedades respiratorias, de la cabeza, del esófago y no estaba muy bien diferenciada de la epilepsia.

Hipócrates trató de explicar de un modo natural las manifestaciones histéricas vinculándolas con una anomalía de tipo ginecológico, pues creía que cuando las mujeres se veían privadas de las relaciones sexuales, el útero se secaba, perdía peso por falta de humedad y provocaba hipocondría, dificultando así la respiración (que se suponía debía descender a la cavidad abdominal), si se estacionaba en este sitio; causaba convulsiones parecidas a la epilepsia y si el útero continuaba su ascenso y llegaba al corazón, el enfermo sentía ansiedad, opresión y sensación de vómito.

Más adelante, Platón (citado en Wolman, 1965, p.85) Sostenía que: "la matriz es un animal que desea fervientemente **engendrar** niños cuando queda estéril por

largo tiempo después de la pubertad, se aflige de soportarlo y se indigna, recorriendo el cuerpo y obturando las salidas de aire, paraliza la respiración e impulsa al cuerpo a peligrosos extremos, ocasionando diversas enfermedades, hasta que el deseo y el amor, reuniendo al hombre y a la mujer, hace nacer un fruto y lo recogen como sobre un árbol", las ideas de Platón nos indican que en esta época aun se establecía que las mujeres debían tener hijos, para poder recuperar la salud.

Galeno, alrededor del año 170 a.C. calificó de absurda la opinión de Hipócrates y Platón; sus conocimientos anatómicos le habían demostrado que el útero no podía desplazarse continuamente de la cavidad vaginal a otros lugares del cuerpo; sustentó en cambio que la histeria era provocada por la retención de la sangre menstrual o el semen femenino, pues en esa época era creencia admitida, que la mujer eyaculaba semen como el hombre.

Tomando en cuenta los postulados de Hipócrates, Platón y Galeno, se establecieron dos principios para designar a la histeria:

- 1) La histeria era una enfermedad en la cual las manifestaciones provocaban problemas de funciones orgánicas.

- 2) El elemento etiológico era de naturaleza sexual (no erótica, pues había una distinción entre ambos conceptos).

Más Tarde, durante el cristianismo, se introdujo una orientación diferente, Chauvelet (1995) explica que San Agustín adoptó dos posiciones que dominaron las ideas durante siglos. Una de ellas fue la sustitución del concepto pagano que veía en la sexualidad una función natural, por la idea cristiana de relación estrecha entre pecado y erotismo. La unión sexual no era justificada más que en la medida en que era necesaria para la procreación y con la condición de ser liberada de todo placer sexual, siendo éste último, obra de los espíritus malignos, la abstinencia sexual era entonces una virtud. Por otra parte se estableció una distinción entre enfermedades naturales y posesivas para las que San Agustín no proponía ningún criterio, aparte del referido a que las enfermedades naturales se podían curar mediante la medicina y las posesivas únicamente por medios sobrenaturales.

A lo largo de la Edad Media a la histeria se le adjudicó un valor demoníaco, toda persona que tuviera rasgos o actitudes principalmente relacionadas con una sexualidad desbordante o que fuera considerada como practicante de brujería, se consideraba histérica. Se le atribuía además, la capacidad de extender este mal a la población en general, por lo que la religión las denominaba como personas peligrosas que debían ser frenadas mediante castigos muy severos, llegando al extremo de mandarlas a la hoguera, y así, dando fin a su vida terminaban con una fuente latente de maldad, puesto que ésta era la designación más aceptada para la histeria.

De acuerdo con Chauvelet (1995), durante el siglo IX, los médicos árabes consideraban que los trastornos histéricos, eran debidos a la continencia sexual, pero al llegar al siglo XI, manifestaron que la etiología de la histeria, tenía su origen en vapores tóxicos que venían del útero y del tracto digestivo, procedentes principalmente del hígado o del bazo que atacaban al cerebro.

Estas ideas se fueron modificando con el paso del tiempo y fue, a partir del siglo XVI, que los médicos vuelven a considerar la histeria desde el punto de vista somático y ven en ella una sofocación por desplazamiento de la matriz.

Suponían que para regresar la matriz a su lugar, era conveniente hacer aspirar olores acres a las enfermas y colocarles en la zona vaginal olores agradables.

Durante el Renacimiento, San Agustín ocupa un papel central ya que considera como satánico el placer en la relación sexual, incluso dentro del matrimonio; por lo que es difícil determinar la proporción de mujeres acusadas y quemadas por brujería, y que en realidad presentaban manifestaciones histéricas.

A finales del siglo XVI, se comenzaron a tomar en cuenta los factores emocionales, unidos a las características físicas, como las hemorragias e infecciones, pero solo como causa desencadenante, en un terreno que seguía vinculado al desplazamiento del útero o vapores tóxicos de origen uterino. En estos años la mala reputación de la histeria empezó a difundirse, y los médicos portugueses señalaron, que en los instantes previos al ataque, las mujeres propensas a pasiones histéricas sufrían un increíble deseo de abrazar a los hombres. Posteriormente destacaron la semejanza existente entre las crisis histéricas y el orgasmo, afirmando que los síntomas, considerados vulgarmente como efecto de la posesión demoníaca, eran en realidad trastornos debidos a una enfermedad; tratando de

explicarlo fisiológicamente. Los dolores desgarradores y la contorción abdominal sufridos por los pacientes se debían a la contracción y convulsiones violentas de los intestinos; la risa espasmódica y la dificultad respiratoria eran producto de contracciones del mismo tipo en el diafragma.

De acuerdo con Wolman (1965), fue Celso en el siglo XVII, quien por primera vez clasifica a la histeria como una patología mental, desapareciendo así, la teoría uterina. Aunque en 1603 William Joudein publica su obra titulada, **La sofocación de la Matriz**, en la que persistía la relación del diagnóstico de histeria con la brujería, subrayando que diversos actos y pasiones extrañas al cuerpo humano, que eran atribuidas al demonio, provenían de causas naturales que acompañaban a esta enfermedad.

En el siglo XVII comenzó un cambio con respecto a las ideas tradicionales y se estableció que todos los síntomas histéricos venían de la cabeza, que era la parte afectada, la cual producía los movimientos que se hacen sentir en todo el cuerpo. Desde el punto de vista clínico se reconoció la histeria masculina y también la infantil, haciendo una acertada descripción de las perturbaciones sensoriales previas al ataque, como son opacidad de vista y oído, pérdida de la voz y opresión en las sienes, se

observó la parálisis de los miembros superiores e inferiores y el temblor considerado como un fenómeno precursor de la parálisis.

De acuerdo con estas nuevas teorías, se llegó a la conclusión de que las cefaleas eran una prueba de lo absurdo de la teoría uterina, porque se presentaban en ambos sexos.

Tomas Sydenham, en el siglo XVII (citado en Fenichel, 1966) postuló que la afección histérica era fundamentalmente psíquica y su patogenia dependía de los espíritus animales, apareciendo por primera vez, la psicopatología de la histeria. Los histéricos fueron descritos como sujetos muy peculiares, todo en ellos es capricho, aman sin medida lo que muy pronto odiarán sin razón; la histeria es descrita como una enfermedad mental, que incrimina todas las variedades de emoción, acentúa los aspectos sexuales y la considera como una neurosis genital de la mujer, con manifestaciones psíquicas como la depresión, su etiología se atribuye a causas externas e internas. Las primeras causas están ligadas a trastornos excesivos del espíritu, producidas por explosiones de cólera, de dolor, de miedo o de una emoción similar. Las causas internas o inmediatas, obedecen a los espíritus animales, hay un rompimiento de

equilibrio entre el cuerpo y el espíritu, lo que acarrea trastornos en el órgano somático que se encuentre débil en ese momento.

Así mismo, señaló que la histeria atacaba por igual a hombres y mujeres en particular, a los que habitualmente se les denominaba hipocondríacos, por lo cual era de suponer que su origen no estaba en la matriz, por lo que propone llamar hipocondría a la histeria masculina, sin diferenciarlas en lo absoluto. Así entonces, se decía que la histeria imitaba casi todas las enfermedades, que afectan al género humano, por tal motivo durante la evaluación y el diagnóstico era frecuente que se atribuyera a una enfermedad propia del órgano afectado, cuando en realidad estos síntomas dependen puramente de la afección histérica.

Sydenham (citado en Ey 1978) explicó que en la histeria era muy frecuente, que se imitara otras enfermedades y padecimientos del ser humano, por lo que al ver la inmensa variedad en que se disfrazaban o enmascaraban los síntomas, los ordena en tres grupos multiformes: I. Los paroxismos, las crisis, manifestaciones agudas; II. Síndromes funcionales duraderos; III. Manifestaciones viscerales, los cuales se describen más detalladamente de la siguiente forma:

I. PAROXISMO, CRISIS, MANIFESTACIONES AGUDAS.

Este punto se refiere a las crisis histéricas (como las descritas por Charcot), que consistían de 5 períodos:

1° Pródromos.- hace referencia a los dolores ováricos, palpitaciones, bolo histérico sentido en el cuello, trastornos visuales, desembocan en la pérdida de conocimiento con caída no brutal.

2° Período epileptoide.- fase tónica, con paro respiratorio e inmovilización de todo el cuerpo; convulsiones clónicas, comenzando por pequeñas sacudidas y por muecas, hasta terminar en grandes sacudidas generalizadas, después viene una completa calma.

3° Período de contorsiones.- comenzaban entonces movimientos variados, acompañados de gritos.

4° Período de trance o de actitudes pasionales.- en el cual se imita escenas de violencia o eróticas.

5° Período terminal o verbal.- en medio de visiones alucinatorias, de contracturas residuales, volvía más o menos rápidamente a la conciencia, pronunciando palabras

inspiradas, con tema delirante vivido anteriormente en pantomima.

- Formas menores: Otro tipo de crisis pero en menor grado, son las crisis nerviosas, las cuales manifiestan con agitación, movimientos similares a la epilepsia, carácter expresivo de la descarga emocional, la sedación consecutiva al brote erótico o agresivo, conservando todos los síntomas esenciales de las grandes crisis descritas por Charcot.

Existen crisis atípicas más difíciles de clasificar:

- a) La crisis sincopal; el sujeto manifiesta sentirse mal, palidece, expresa en unos segundos angustia y se desploma. En los exámenes médicos reportan, pulso lento, débil y estado normal durante el electrocardiograma.
- b) Las crisis con sintomatología de tipo extrapiramidal, representan acceso de hipo, de bostezos, de estornudos, crisis de risa o de llanto incoercible, temblores, sacudidas musculares y tics.
- c) La histeroepilepsia; muchos aspectos paroxísticos o intercríticos de la epilepsia no podían ser separados de las manifestaciones histéricas.

-Dentro de los estados crepusculares y los estados segundos se encuentran, el sonambulismo y las fugas histéricas.

El **estado crepuscular** histérico consiste en una debilitación de la conciencia vigil, de comienzo y terminación bruscos, que puede ir de la simple obnubilación al estupor y que permite una experiencia semiconsciente de despersonalización. Un ejemplo de estos estados, es el **síndrome de Ganser**, asociado con las analgesias, en el cual el enfermo no tiene en cuenta el ambiente que le rodea, sus actos y sus palabras se dirigen a una situación soñada, idealizada.

Otros estados crepusculares llamados **estados segundos**, se refieren a la producción onírica bajo la forma habitual de los sueños, son estados de trance, fragmentos aislados.

La **fuga histérica** se asemeja clínicamente a las amnesias.

- Las amnesias paroxísticas. Que consisten en el olvido de un acontecimiento penoso, de una situación percibida como traumática como una guerra o boda y se caracterizan por la recaída y los elementos de sugestión.

- - Ataques catalépticos; el sujeto se encuentra inerte, con los ojos cerrados o abiertos, pero sin los signos clínicos ni eléctricos del sueño, los cuales pueden durar horas o días.

II. SINDROMES FUNCIONALES DURADEROS.

Son inhibiciones que permiten al sujeto ser funcional, pero que dificultan su relación con el medio ambiente.

1.- Parálisis. P. Janet (1995) las clasificó en parálisis funcionales y localizadas.

- Parálisis funcionales son parálisis de un grupo de movimientos coordinados por una misma significación funcional, ejemplo la parálisis de la marcha y de la posición ortostática y la afonía, pérdida de la voz.

- Parálisis localizadas, se manifiestan en un miembro, haciendo referencia a la intencionalidad, a una sugestión, que ha un hecho real.

2.- Contracturas y espasmos hacen referencia a un tipo de parálisis que varían, según la influencia de los factores psicológicos, observándose contracturas de los miembros, del cuello (tortícolis) y manifestaciones tónicas o

espasmódicas como son hipo, vómitos, espasmos oculo-faciales, etc.

3.- Anestias, son formas de trastornos de la sensibilidad, que no obedecen a las leyes de inervación de conducción y sistematización de las vías de la sensibilidad, no tienen que ver con los signos clínicos, entre ellas se encuentran el faquirismo, que es una anestesia total, cutánea, sensitiva y sensorial; aloquiria, sensibilidad transferida de un lado al otro del cuerpo; algias cinestésicas, dolores provocados ante la vista de un objeto.

4.- Trastornos sensoriales.- ceguera, sordera, anosmia, la ceguera histérica es la más común de estas manifestaciones, así mismo la reducción concéntrica del campo visual y la diplopía molecular son síntomas notorios en la histeria.

III. Manifestaciones viscerales.

Las principales manifestaciones histero orgánicas son: los espasmos, las algias y los trastornos tróficos.

1.- Espasmos, el más frecuente es el vómito, las nauseas, "el famoso "bolo" histérico, sentido en el cuello o en el

epigastrio, parece ser parecido a un espasmo esofágico”
(Ey, 1978, p.424).

2.- Las algias.- se refiere al hecho de que la histeria puede tomar el aspecto de cualquier enfermedad, de cualquier dolor, por lo que cualquier dolor que no pueda ser explicado orgánicamente, nos puede remitir a la histeria.

3.- Trastornos tróficos y generales.- En éste se incluyen la anorexia, todo tipo de reducción de la sed, de las excreciones (oliguria, constipación).

A partir del siglo XVIII, surgen nuevos intentos para clasificar a la histeria separándola de la hipocondría, considerándolas como dos enfermedades distintas, que pueden encontrarse en ambos sexos. Se define a los hipocondríacos como sujetos que malinterpretan sus síntomas y manifiestan un constante temor de contraer alguna enfermedad.

La medicina del siglo XVIII, trató de descartar la posesión sobrenatural demoníaca, por medio de un retorno a la teoría uterina, o bien por la adopción de una teoría cerebral. En esta época, comienzan a tomarse en cuenta las emociones para explicar la etiología de la histeria; al mismo tiempo,

se inicia la descripción de rasgos de la personalidad histérica, señalando los componentes denominados, como una exageración general de hábitos particulares. La insatisfacción sexual, era considerada aisladamente como parte de su etiología, ofreciendo como prueba la frecuencia de la histeria, en las mujeres casadas y prostitutas.

De acuerdo con Fenichel (1996), Pinel clasifica la histeria entre las neurosis, sosteniendo que la histeria tiene una base moral. En tanto que Feuchtersleben defiende la unidad psicosomática recomendando la terapia y el análisis de los sueños, como tratamiento, otorgando al lenguaje inconsciente del espíritu, un modo de comprender el significado del estado del enfermo, ya que a través de éstos, el paciente, proporciona informes e imágenes olvidadas, que surgen de retrocesos sobre la vida emocional y que son esenciales para la histeria y la hipocondría.

A partir de los postulados anteriores, se determinó que existen tres factores etiológicos de la histeria:

- 1) El temperamento del individuo.
- 2) La situación desencadenante del ataque inicial y la intensidad del esfuerzo, hecho por los enfermos para esconder las causas.

3) Las pasiones sexuales.

Tomando en cuenta estos factores etiológicos, se intensificó el interés por la descripción de los síntomas, resaltando la tendencia a presentar trastornos que han visto a su alrededor, con el fin de satisfacer su deseo de aceptación y simpatía que es una motivación principal.

Por otro lado, también se retoma la idea de que las enfermedades mentales provenían del cerebro, colocando a la histeria dentro de lo que ahora llamamos psicosis orgánica, junto con los traumatismos cerebrales, lesiones medulares, y enfermedades infecciosas.

En el año 1878, Charcot tomó bajo su cargo la sección de histeria en el hospital La Salpêtrière, durante su estancia realizó trabajos neurológicos, estudió las parálisis, hallando su origen en representaciones dominantes, en conjunto con una disposición propia del paciente, por lo regular después de un trauma o varios traumas secundarios.

Con respecto al síntoma, Charcot (citado en Freud 1925) refiere: "La creación de los fenómenos histéricos, no se desarrollan inmediatamente después del trauma, sino después de un intervalo de incubación. Charcot daba a este

intervalo el nombre de "época de elaboración psíquica" pág. 107.

Durante sus estudios y observaciones, Charcot tuvo un gran interés en determinar las diferencias entre la parálisis histérica y la parálisis orgánica, encontrando que su diferencia principal era la delimitación y la intensidad con que se presentaban, pues en las primeras, su delimitación era exacta y su intensidad era excesiva; mientras que en las parálisis orgánicas no tenían una delimitación específica y su intensidad era moderada (Freud 1925). Debido a este descubrimiento, intentó reproducir las crisis histéricas artificialmente en pacientes histéricos, a los que transfería por medio de la hipnosis a un estado parecido al sonambulismo, logrando demostrar que tales parálisis eran consecuencia, de representaciones dominantes en el psiquismo del enfermo, en momentos en que éste se hallaba en un estado de especial disposición, explicando con esto por primera vez el mecanismo histérico de la conversión, pero originando a su vez una controversia, la identificación de la hipnosis con la histeria.

Para Charcot, el órgano paralizado contenía una gran carga afectiva conservada en el inconsciente, la cual tenía que ser liberada por medio de la abreacción, para que el síntoma desapareciera, es decir, los síntomas propios de la

histeria desaparecían inmediata y definitivamente cuando el recuerdo y el afecto ligado a éste, fueran expresados por el paciente.

De acuerdo con Ey (1978) , en la época de Charcot, no había una diferencia clara entre los síntomas de la Histeria y los de la epilepsia, debido a la capacidad de la histeria para mimetizar las expresiones de otras enfermedades, en este caso, los ataques propios de la epilepsia, originando confusión de ambos padecimientos y dando origen al término histero- epiléptica; por este motivo, la histeria y la epilepsia, subsistieron dentro de una misma especie nosológica, es decir compartían síntomas, lo que dificultaba la posibilidad de un diagnóstico más preciso. Charcot, estableció que en las crisis histéricas se entra en el territorio de la seducción y de las actitudes pasionales, al analizar el ataque histérico, describió cuatro fases:

- 1) Epileptoidea.
- 2) Convulsiones y grandes movimientos.
- 3) Actitudes pasionales (fase alucinatoria).
- 4) Períodos delirantes.

Consideraba a la tercera etapa (actitudes pasionales), como un elemento esencial del **ataque histérico**, en el que se revive intensamente un recuerdo importante de la vida del paciente, recuerdo que es a menudo siempre uno y el mismo, (es por esto, que se dice que la histérica padece de reminiscencias), ya que es evocado en la conciencia normal mediante alucinaciones, manifestándose con sacudidas epileptoideas o estados de inquietud cataléptica o hipnoidea.

Es debido a los trabajos de Charcot que la histeria comenzó a ser considerado verdaderamente como una afección nerviosa.

Paralelamente, su alumno Babinski, propuso denominar a la histeria como **Pitiatismo**, ya que consideraba que los enfermos histéricos eran personas que en realidad simulaban todas o casi todos los aspectos de la patología, por eso se les caracterizó como pantomímicos, influyendo de manera importante la sugestión, por lo tanto consideraba que su curación dependía de ellos.

1.3 La histeria en Freud

Freud (1893) se interesó en la histeria a partir de la observación de los síntomas histéricos, que en su época eran dignos de espectáculo, y de hecho así eran vistos por el gremio médico. Para Freud la histeria fue fundamental e inmensamente importante, ya que a ésta, se le otorga el surgimiento del psicoanálisis, junto con su maestro Breuer, con él cual atendió a la famosa Anna O, que bautizó esta forma de tratamiento con el nombre de **talking cure**.

Freud establece como **trauma**, a los hechos que contenían una carga penosa para los pacientes, observando que este hecho pasado le resulta a la enferma difícil de comentar, y prefiere olvidarlo; o bien, de hecho no lo recuerda. Para tomar conocimiento de estas vivencias traumáticas, Freud utiliza primero la hipnosis, con el fin de que sus pacientes puedan llegar al recuerdo del trauma y el cese de los síntomas por él ocasionados.

De este modo, Freud irá mas allá del contenido del discurso, intentando buscar una explicación etiológica, al plantear que el hecho ocasionador traumático, será la causa del fenómeno patológico. Su explicación es que el síntoma es una especie de alucinación o actuación del hecho

traumático, pero expresado de otro modo, generalmente en el cuerpo, es decir, esencialmente desplazado a través del proceso de conversión. La **conversión** se define como un síntoma que sitúa en el cuerpo un conflicto psíquico. Debido a la frecuencia con que la conversión se presenta en la histeria, Freud la denomina como Histeria de Conversión, consideraba que ésta se hallaba libre de angustia, de tal forma que el conflicto psíquico se intentaría resolver mediante los síntomas somáticos, motores o sensitivos, los cuales se escogen dependiendo de su significancia simbólica, mediante el mecanismo de conversión.

Cuando en el proceso de la enfermedad la angustia era desplazada hacia un objeto externo, es decir, un objeto fóbico, Freud la denominó como **Histeria de angustia**.

Por lo que se puede establecer, que la diferencia entre la Histeria de conversión y la Histeria de angustia, es que en la primera, el conflicto psíquico se traslada hacia un síntoma corporal, mientras que en la segunda el conflicto psíquico se desplaza hacia un objeto externo, fóbico, sin presentar el mecanismo de conversión.

El nexos entre la escena traumática y el afecto que acompaña al síntoma, se realiza por nexos asociativos de pensamiento. Ahora bien, en algunos casos puede suceder que no exista un solo antecesor ocasionador, pudiendo haber varios de ellos, definidos como traumas parciales, que se asocian para dar lugar al fenómeno patológico. Freud plantea que la disposición del trauma no es de ningún modo lineal, sino que se va estructurando a manera de formar una intrincada trama. Cualquier efecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como un trauma, o bien circunstancias indiferentes que coincidan con el suceso, llegan a adquirir la categoría de trauma, los cuales se conservan desde ese momento y va a depender del sujeto, que el suceso adquiriera o no éste carácter.

Freud define trauma como: "Trauma psíquico o bien él recuerdo de él obra al modo de un cuerpo extraño que aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado como de eficacia presente" (Freud, 1893, Estudio sobre la Histeria, p.32).

Partiendo de esto, establece como criterios fundamentales para el tratamiento de las pacientes, la escucha, ayudarles a recordar, que ellas puedan revivir el afecto, y a través

de la palabra, abreccionarlo que se define como la aparición en el campo de la conciencia de un afecto hasta entonces reprimido. Freud refiere: "En el histérico simplemente, hay unas impresiones que no se despojaron de afecto y cuyo recuerdo ha permanecido vívido. Así llegamos a la conclusión de que los recuerdos devenidos patógenos ocupan en el histérico una posición excepcional frente al desgaste, y que la observación muestra que todas las ocasiones que han devenido causas de fenómenos histéricos, son unos traumas psíquicos que no fueron abreccionados por completo, es decir, no fueron por completo tramitados. Podemos decir entonces que el histérico padece de unos traumas psíquicos incompletamente abreccionados" (Freud, 1893, Primeras Publicaciones Psicoanalíticas, p. 39).

El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico, no es un recuerdo cualquiera, si no es el retorno de este acontecimiento, vivencia o suceso que desencadenó la histeria, es decir el trauma psíquico. Este recuerdo es inconsciente y cuando se logra llevarlo a la consciencia, cesa su capacidad de producir ataques, ya que cuando se da éste, el histérico se encuentra en el segundo estado de conciencia, quedando enmascarado por la amnesia durante su vida cotidiana.

Se puede decir que ingresan al preconscious todas aquellas impresiones, que han sido absorbidas en los estados psíquicos, las cuales han quedado privadas de una descarga adecuada, ya sea porque la persona se rehusó a resolverlo por miedo, pudor, conflictos psíquicos dolorosos o porque en el momento en que aparecieron estas descargas su sistema nervioso estaba incapacitado para resolverlo. Freud explica que: "Los síntomas histéricos como unos afectos y unos restos de excitaciones de influencia traumática sobre el sistema nervioso, tales restos no quedan pendientes cuando la excitación originaria fue drenada por abreacción o un trabajo de pensar." (Freud, 1893, Estudio sobre la Histeria, p. 105).

Esto es muy importante, pues Freud sugiere, que la palabra primero en hipnosis y más tarde en vigilia, podrá permitir un transcurso a la carga de energía que queda atrapada, producto de una disociación entre una representación penosa, traumática y el afecto ligado a ella.

Freud se inclinó por la escucha, descubriendo un nuevo método, que lo inicia en el camino hacia una nueva concepción del aparato psíquico. Esta posición se sustenta en la prioridad de buscar una solución al cuadro histérico; no único y contingente al síntoma.

A través de este nuevo método, la palabra se instala como sustituta de la acción, y por medio de ella, puede lograrse una reasignación de la vivencia traumática, dándole un lugar al afecto, e instalando nuevamente la representación reprimida en las cadenas asociativas de la enferma, incluyéndose de un modo aceptable para su consciencia.

Buscando respuesta a la pregunta, ¿Por qué las enfermas no habían podido dar curso normal a este afecto penoso en su momento, dejándolo atrapado en su recuerdo? Surge la teoría de la Seducción que generó la hipótesis de que el niño tomado de improviso, fue víctima impotente de una seducción sexual proveniente de un adulto. La violencia de este acontecimiento, reside en la irrupción inoportuna de una estimulación sexual excesiva, que inunda al niño y de la que no tiene la mejor consciencia. El niño queda petrificado, no ha tenido tiempo para comprender lo que le sucede ni para experimentar la angustia que se habría apoderado de él. La violencia del trauma consiste en el surgimiento de un exceso de afecto sexual, no sentido en la consciencia sino recibido inconscientemente (Nasio, 1991).

Esta hipótesis constituyó un intento por ir más allá del contenido particular del evento e imprimió al dinamismo

psíquico a la explicación, un lugar de causalidad en la expresión sintomática, mostrando también que el interés de Freud, no estaba puesto solamente en los resultados eficientes de su método; quería además investigar la causa, el origen del síntoma.

Lo que se puede ver hasta aquí, como causa de la histeria, es la existencia de un trauma psíquico, que es expulsado de los recuerdos conscientes y que se sitúa en algún otro lugar, pudiendo tener relación con el sitio donde aparece.

Es decir, trauma quiere decir demasiado afecto inconsciente, en ausencia de la angustia necesaria que al producirse el incidente hubiese permitido al yo del niño amortiguar y soportar la tensión excesiva. Si hubo trauma, fue precisamente porque la angustia que debió haber surgido faltó. Éste, es en esencia el postulado que Freud y Breuer articulan en la primera aproximación especulativa de la histeria, lo que opera no es el hecho de la seducción sino la representación psíquica, que es su huella viva.

En función de este planteamiento Freud intenta motivar el recuerdo consciente del trauma, pero al poco tiempo advierte que muchas veces y contra la voluntad del paciente, existe una fuerza psíquica que impide la aparición en la conciencia del recuerdo. Esta fuerza

descubierta, siempre tenía una naturaleza penosa con un sentimiento de reproche, vergüenza o dolor. Fuerzas que motivaban a la paciente a querer olvidar, que se establecían, como defensas del yo consciente de la enferma. A partir de este importante descubrimiento, Freud intentó vencer la defensa por medio de la sugestión, poniendo su mano sobre la frente de las pacientes, a modo de intentar exhortarlas a hablar de lo olvidado. Pero a pesar de estos intentos, se dio cuenta, de que las asociaciones se contaminaban de otras, censurándose lo principal.

A partir de su experiencia clínica, Freud descubre la existencia de una gran capacidad de mutación sintomática en la histeria, de modo que en ella se resguarda una gran diversidad de patologías.

La **Histeria de Defensa**, compartía sus mecanismos con la neurosis obsesiva. Su material se organizaba básicamente de tres maneras: cronológicamente, en torno al núcleo patógeno y según el contenido. Mientras la paciente recorre en su discurso la periferia del contenido traumático, el analista deberá ir haciendo un recorrido radial, a modo de vencer la defensa, que tiende a presentarse siempre que hay un contenido que no tiene mayor significación, o se llega a un estrato psíquico demasiado peligroso, aún para penetrar.

Pero cuando más se presenta es en el momento en que la enferma le significa tal esfuerzo de sufrimiento cierto contenido, que busca algo así como un subrogado de amor, instalando esta demanda sobre el médico, perturbando la relación. Esta situación asombra a Freud, explicándola de la siguiente manera: "primero había aflorado en la conciencia de la enferma el contenido del deseo, pero sin los recuerdos de las circunstancias colaterales que podrían haberlo resituado en el pasado; y en virtud de la compulsión a asociar, dominante de la conciencia, el deseo ahora presente fue enlazado con mi persona, de quien era lícito que la enferma se ocupara; a raíz de esta messalliance despierta el mismo afecto que en su momento esforzó a la enferma a proscribir ese deseo prohibido" (Freud, 1893, Estudios sobre la Histeria: II, p.307). La relación entre el analista y su paciente es objeto de uso también de la defensa.

La defensa tendría por contenido la mayoría de las veces, una representación inconciliable de carácter sexual e infantil, es lo que llevará a Freud a realizar otras investigaciones, que darán lugar a la **teoría del fantasma** (Nasio, 1991), en la cual explica que la representación penosa no necesita de una remota seducción sexual, cometida por un adulto. Es así que a lo largo de su

maduración sexual, el yo infantil mismo, sin tener que padecer una experiencia traumática real desencadenada por un agente exterior, es el asiento natural de la manifestación espontánea y violenta de una tensión excesiva llamada deseo.

La angustia es el nombre que adoptan el deseo y el goce una vez inscritos en el marco del fantasma. El **fantasma** se desarrolla en una breve secuencia escénica que comprende siempre los elementos siguientes: una acción principal, protagonista, y una zona corporal excesivamente investida, fuente de angustia, que abrirían más tarde la posibilidad de plantear la sexualidad infantil y la observación de las distintas etapas que culminaran en la formulación del **Complejo de Edipo**.

Es aquí, donde se expresa la condensación de toda la escucha freudiana, al asociar a las neurosis con una etiología sexual. Etiología que tendría el carácter de una causa específica, en tanto existiría una perturbación de la economía psíquica producto de una excitación sexual mayor a la que el sujeto puede tramitar, adquiriendo un carácter de trauma.

Más adelante, Freud llegará a plantear que el trauma en sí mismo no es más que el paso por la **escena edípica**, consecuencia del conflicto entre el principio de placer y el principio de realidad, que obliga a postergar las satisfacciones y a compartir los objetos, en primer lugar a la madre, así como otros procesos fundamentales del psiquismo humano propios de nuestra cultura, el más importante de ellos, el Tabú del incesto, cuyo agente sancionador es el padre. La sofocación de la libido hacia los padres, necesaria a partir de esta prohibición, deja huellas que llevan a plantear que el Complejo de Edipo, con su eje en la castración, ya sea como amenaza o como *penisneid*. El concepto de "*penisneid*", es la expresión en alemán de la "envidia del pene", penis: pene, neid: envidia (Chemama, 1995), lo define como: un "Elemento constitutivo de la sexualidad femenina, que puede presentarse bajo diversas formas, yendo desde el deseo a menudo inconsciente de poseer un pene hasta las ganas de gozar del pene en el coito, o todavía por sustitución, hasta el deseo de tener hijos" (p. 130), es factible que no sea nunca completamente superado, dado que a pesar de su **sepultamiento y represión**, éste se repite a lo largo de la historia de los sujetos, de modo de vestir a otros actores con los mismos ropajes de los padres y el niño que el sujeto fue.

Por otra parte, para Freud existen las **neurosis mixtas**, lo que al parecer refiere a su expresión sintomática, confundiéndonos en cuanto al criterio diagnóstico por la propia y habitual capacidad ya mencionada, de mutación sintomática de la histeria.

Freud define a la histeria como: "yo llamaría 'histérica', sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominantemente o exclusivamente sentimientos de displacer" (Freud, 1905, Fragmento de análisis de un caso de Histeria, p. 27). La histeria estaría dirigida, por la vivencia subjetiva o bien, por el sentimiento, que acompaña a ciertas situaciones que normalmente, habrían sido vividas como placenteras.

Pero además de las vivencias, Freud advirtió, la presencia de una vida psíquica cargada de elementos de fantasía en las pacientes, las fantasías histéricas, que estarían relacionadas de modo estrecho no sólo con la causación de síntomas, sino además, con una serie de conductas que pueden ser entendidas como una puesta en escena, una actuación, ligadas a un dramatismo y una teatralización que han sido características de la descripción de la histeria. Estas fantasías son las que inducen a ciertos estados patológicos más que la vivencia concreta y un suceso. Es

así, como a Freud, le fue posible corregir su teoría inicial de la existencia real de un evento traumático, por la teoría de la causación psíquica de este trauma, cuya raíz estaría en una vivencia sexual infantil, que se ha sobreerotizado. Por tanto, la causación psíquica de la histeria refiere a un punto de fijación en la infancia, que ha sido catectizado excesivamente, y no siempre es accesible a la consciencia.

De este modo la histeria, con la expresión de sus síntomas muestra en ellos la realización de una fantasía, que indica un cumplimiento de deseo; deseo que corresponde al retorno de una modalidad de satisfacción infantil que fue reprimida, y que estuvo en concordancia con uno de los componentes de la vida sexual de la histérica. Por tanto, el síntoma o su expresión como puesta en escena, sirve a la satisfacción sexual, de modo que "nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual, mientras que la otra se empeña en sofocarlos" (Freud, 1908, El delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen y otras obras, p. 145). Toda expresión histérica tendrá entonces un significado sexual, aun cuando pueda asumir subrogados de proposiciones inconscientes no sexuales.

Ahora bien, también se añade a la sintomatología de la histeria, el hecho de que sus manifestaciones puedan estar referidas a la existencia de dos fantasías que expresen dos corrientes pulsionales. O bien estén referidas a una misma fantasía que porte en sí dos metas pulsionales, una de las cuales está dirigida al sexo masculino y otra al femenino. De este modo se puede advertir cierta naturaleza bisexual en la histeria, ya que sus expresiones son tanto heterosexuales como homosexuales, lo que nos permitirá suponer una cierta confusión de la histérica, respecto a su elección de objeto y a la conjunta identificación como resolución del Complejo de Edipo.

Freud presupone la existencia de una **fijación** más o menos evidente, en etapas preedípicas. Ahora bien, como la histeria tiene la capacidad de mudar fácilmente de síntoma, es posible que exista una problemática histérica, expresada a través de formaciones reactivas de carácter obsesivo o fóbico.

En palabras de Freud: "la histeria en general reintroduce en la mujer un fragmento de quehacer sexual que existió en la infancia y al cual en esa época se le podía discernir un carácter masculino por excelencia. A menudo es posible observar que justamente muchachas que hasta la pubertad

mostraron un ser y unas inclinaciones varoniles devienen histéricas desde la pubertad en adelante" (Freud 1909, Apreciaciones generales sobre el ataque histérico, p. 211).

A la histérica se le dificulta situarse en algún lugar de la relación sexual, impidiéndole así, responder satisfactoriamente al llamado de la sexualidad. Por otra parte, es factible comprender la fijación al autoerotismo infantil de la histeria, porque posibilita la satisfacción, prescindiendo de la exigencia de una ubicación sexual clara.

Freud menciona que la etiología de la histeria se da en el complejo de Edipo, hablando de una estructura psíquica, dejando en segunda instancia la herencia nerviosa, pero no por eso, descartándola como una condición en la patogenia de las neurosis, sino considerándola como una causa anexa, no específica como la consideraba Charcot.

El caso más representativo de histeria para Freud, es el caso Dora, debido al tiempo de análisis y la obtención de un historial completo. Dicho historial comienza con la visita del padre de Dora a Freud, a causa de diversos padecimientos como eran: disnea, desprendimiento de retina y jaqueca, posteriormente Dora se convierte en la paciente

de éste, por presentar una tos incontrolable, disnea, afonía, jaquecas y depresión de ánimo.

Durante una de las sesiones, Dora relata una escena en donde ella es víctima de una seducción por parte del señor K, amigo de la familia, pues él intenta besarla, suceso que produce repugnancia a la paciente. Al mismo tiempo el padre de Dora mantiene en secreto una relación amorosa con la señora K, de la cual Dora era cómplice, debido a que ella se hallaba enamorada de el señor k, sentimiento que no era aceptado conscientemente por la paciente, pero fue interpretado por Freud, a partir de las enfermedades que presentaba durante la ausencia del señor k, y a la recuperación casi inmediata a la llegada de éste. Al mismo tiempo se establecía una relación contraria con la salud de la señora K, pues a la llegada de su marido enfermaba, evitando así la cercanía sexual.

La paciente llevó al análisis dos sueños, que fueron interpretados por Freud, como una acusación por parte de Dora hacia su padre, debido a que lo responsabilizaba de las enfermedades que ella presentaba, partiendo de la percepción de una vida libertina profesada por el padre, al mismo tiempo, lo acusaba de no cuidarla de la seducción de la que era objeto por parte del señor K, situación que era demandada por ella en un nivel inconsciente, cabe mencionar

que el segundo sueño no pudo ser interpretado totalmente debido al abandono del análisis por parte de la paciente.

Dora empieza a sustituir la figura paterna con el señor K, por este motivo desplaza su rivalidad edípica, hacia la señora K, pues ésta toma el lugar de la madre.

1.4 La Histeria en Lacan

Lacan es considerado como uno de los más dedicados lectores y estudiosos de las teorías freudianas, y de éstas, retoma la importancia del estudio de la sexualidad infantil, el trauma, la seducción, el concepto de Complejo de Edipo y el de estructura pues considera a las neurosis no solo como una patología, sino como una constitución propia del sujeto, conceptos básicos en el estudio de las neurosis y en el caso que nos ocupa, el de la Histeria.

De ahí la manera en que Lacan entiende la importancia que tiene el Complejo de Edipo en la constitución del sujeto humano. Por ello, ahora nos centraremos particularmente en cómo se llega a constituir lo que llamamos histeria desde Lacan, que entiende esta conformación como una respuesta estructural al desenlace edípico.

Al abordar la teoría de la histeria, nos situamos sobre el terreno de las neurosis. De esta manera, entenderemos que el desenlace edípico, imprimirá en el sujeto un período crítico, es decir, un sello que lo deja del lado de las neurosis, lo que conlleva como **puntos de anclaje** una marca en relación con la falta y el deseo. Marca con la cual, el sujeto habrá de cohabitar por el resto de su vida.

Entenderemos entonces las neurosis como un modo de defensa contra la castración que tiene su origen en el Edipo. Ahora bien, luego de establecer que las neurosis tienen una etiología sexual, Freud intenta distinguirlas según sus aspectos clínicos y sus mecanismos.

Lacan considera, que la neurosis es una **estructura clínica**, no un conjunto de síntomas, la cual es imposible modificar. En este sentido, la meta del tratamiento psicoanalítico no será ya la erradicación de la neurosis, sino la modificación de la posición del sujeto ante ésta.

Siguiendo esta idea, el concepto de estructura recuerda constantemente que lo que determina al sujeto es su posición con respecto a los otros sujetos y a los significantes.

Cada estructura se distingue por una operación diferente: en este caso la neurosis histérica, por la **represión**. Esta operación se instala en un periodo crítico, en los primeros años de vida de un sujeto, y queda fijada para siempre. Los puntos de anclaje de la estructura están dados por su relación a la falta y el **falo**, que regirá la economía de su deseo.

Intentando seguir el desarrollo freudiano, Lacan advierte, que como en toda neurosis, en la histeria ha existido el paso por el Complejo de Edipo, que con sus excesos o carencias propias marca al sujeto. Las preguntas, en torno a la histeria serán entonces: ¿A cuál de los momentos edípicos correspondería la fijación en la histeria?, ¿Cuál es el escenario edípico que será estereotipado como repetición en la histeria?

Esta pregunta nos remite a la idea del fantasma, que ya Freud había esbozado y con Lacan adquiere toda su importancia por su carácter esencialmente simbólico. Y es que el fantasma no es otra cosa que un "verdadero microtrauma local, centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática" (Nasio, 1990, p. 40-1), aún cuando no todo trauma es un fantasma, todo fantasma porta en sí un

carácter traumático. Éste deriva del brote de una sexualidad excesiva en un lugar erógeno; una sexualidad que no es genital (por lo tanto, es autoerótica), que será automáticamente reprimida. De esta forma, se sigue la idea freudiana de un excedente de estímulo, de una carga libidinal excesiva.

A modo de síntesis seguimos a Dor (1991) en su lectura de lo que implica el proceso del Complejo de Edipo y lo que logra en el sujeto. A partir del **primer momento** lo que se juega es: "la dialéctica del ser y el tener; esto es, el momento que conduce al sujeto de una posición donde está, identificado con el falo de la madre, a otra posición donde, renunciando a dicha identificación, y por tanto aceptando la castración simbólica, tiende a identificarse o bien, con el sujeto que supuestamente no lo tiene o, por el contrario, con aquel que supuestamente lo tiene, esta operación se efectúa en el curso del proceso de simbolización designado por Lacan como metáfora del Nombre del padre" (p. 32).

El **segundo momento** es realizado, con el logro del establecimiento de la privación fálica tanto materna como del hijo. La adquisición de una posición histérica, como estructura y estructurante, se instala en el **tercer**

momento. En éste, la histérica está referida a una pareja parental que no logra satisfacerle la pregunta por el lugar del falo. Esto sucede debido a que el padre no consigue amarrar completamente el significante falo hacia sí, de manera que para ella (la histérica) no queda claro que el padre posee el falo. De este modo, lo que será característico de la histeria es la problemática del tener (el falo).

El pasaje del ser al tener está determinado por la función paterna, requiriendo a un padre que interviene como frustrador y privador. Pues en la histeria tenemos a un padre, que si bien puede cumplir su función de agente de la castración, no logra de la misma manera 'dar pruebas' de su atribución fálica.

La estructura que define a los hijos, está determinada, por una conjunción de múltiples factores, entre los cuales es importante señalar, la relación entre los padres, y de los padres hacia los hijos. Así, un mismo padre, y una misma madre, pueden relacionarse de modos bastante diferentes en distintos momentos de la historia personal y de pareja, pudiendo favorecer, estructuras diversas en distintos hijos. La pareja parental de la histérica se caracterizará, por una relación en que el padre no logra mostrar su

atribución fálica sobre la madre, lo que estará determinado, tanto por el interés del padre sobre la madre, como por la posibilidad materna de validar en el padre esta atribución.

De esta manera, lo que sucede es que el padre no puede situarse de manera estable como hombre, lo que consecuentemente, lleva a que la madre no consiga completamente ser mujer a través de él. Este modo de relación, necesariamente va a dejar el falo circulando entre la madre y el padre. Por esto, para la histérica, lo que está en cuestión es la sexuación de los padres; la paternidad, que en general es significada como prueba de la sexuación, pues ésta, ordena las partes de la relación sexual en una posición estable, y al no quedar claro para la niña la sexuación, de los padres, deviene histérica. Esto no quiere decir, que el significante Nombre del Padre no se establezca, sino que el significante fálico no es completamente llevado a un plano simbólico; esto dará al Nombre del Padre un tinte particular, en que el falo se mantiene circulando subyugado en parte a lo imaginario.

La consecuencia será que la histérica queda ligada a preguntarse perpetuamente quién tiene el falo.

La castración existe, pero no está clara, en la medida en que el padre no tiene el falo totalmente, es decir la pregunta sería, ¿quién está castrado y quién no? .Esto lleva a que imaginariamente la histérica, se ubique entre una posición de ser ella la portadora del falo y una continua verificación de esta posesión en los otros. Su búsqueda fálica, es reivindicatoria del tener; de ahí su discurso rebelde y opositor, esto le hace quedar, como plantea Dor, en una actitud de militancia del tener.

De este modo, la relación de la histérica con el falo, estará marcada por este proceso, que delimita una estereotipia fantasmática. Para niños y niñas, la histeria se instala a partir de un fantasma visual: la visión de la privación materna, la caída de la madre fálica. En la niña histérica se puede seguir a Freud en lo que plantea para la sexualidad femenina, es decir, la niña desarrolla un sentimiento hostil hacia su madre, producto del penisneid materno, la atribución de la culpa a la madre por haberla privado de pene a ella misma, y la ya legendaria queja por el destete. A ello, es necesario hacer una aclaración: "En su fantasma, la niña no tiene idea del pene sino de un falo que le han robado, y tampoco tiene la idea de la vagina como cavidad positiva, sino de la falta de un falo que hubiese debido estar ahí" (Israel, 1979, p.79).

Señalemos entonces, que la histérica es un sujeto que no ha logrado una plena asunción a un lugar sexual, oscilando entre la posición femenina y la masculina. En la mujer histérica, podemos hacer alusión a una feminista poco femenina. De ahí que la pregunta de la histérica es ¿qué es una mujer?, pregunta que articula su duda respecto a la relación sexual en general, derivada del no asumir la castración, de un modo que permita la fijación del falo en el lado masculino. De aquí también aparece y adquiere sentido, el debate teórico acerca de la histeria masculina: el problema de la histeria reside precisamente en la imposibilidad de asumir psíquicamente un sexo definido.

La histérica pasará de un extremo a otro, en que el otro lo tendrá todo o no tendrá nada, lo que será también así respecto a la relación hacia sí misma. En función de esto, la histérica idealizará el objeto, hasta que pueda sostenerlo; pero apenas éste amenace con caer, se impondrá una despiadada devaluación que dejará al objeto en la línea de los castrados.

Por otro lado, la identificación llamada histérica sería consecuente con la misma necesidad de responder a la pregunta por el tener. Se relaciona con la alienación del deseo de la histérica en el deseo de otro, en tanto la

histórica se identifica gustosamente con quien supuestamente conoce el enigma del deseo. Por esto, en general la identificación de la mujer histórica es otra mujer, pues aun cuando ella no tiene, ella sabe dónde buscarlo, pues desea. La mujer de identificación en general refiere a un cierto triángulo, ella desea a un otro, y es el objeto del deseo de esta mujer, lo que hace a la histórica desearla como modelo.

Es a este tipo de identificación, al cual probablemente se refiere Israel (1979) cuando nos dice: "Se encuentra muy generalizado el deseo de identificación con mujeres que hayan tenido éxito en su papel de mujer. El afán de perfección, al haberse frustrado la posibilidad de colmar el penisneid. Se trata de convertirse en la mujer ideal, la mujer representativa de todas las mujeres, la MUJER" (p. 79); es decir, una mujer tan completa y fálica quizás, que la privación no llega a mermar su potencia adquirida simbólicamente y mantenida a toda costa.

La importancia psíquica de la identificación histórica ha llevado a algunas confusiones, puesto que hablar de identificación, hablamos de una imagen, a la cual la histórica se adhiere. Es necesario hacer la aclaración, que esto no, nos sitúa en el terreno de la homosexualidad, que

daría cuenta de una elección de objeto homosexual. Lo que hace la histérica más bien, es un rodeo, un paso por la mujer para llegar al objeto heterosexual.

Como Nasio en su libro *El dolor de la Histeria* (1990) nos dice: "a la pregunta más general sobre la naturaleza del objeto de la identificación histérica, habría que responder: el objeto de la identificación no es la mujer amada, ni el hombre amante, ni tampoco su común insatisfacción sexual, ni tampoco, el tercer personaje excluido de la escena edípica, sino todo esto junto y simultáneamente. En una palabra, el objeto central de la identificación histérica, no es un objeto preciso sino el lazo que liga a uno con otro de los miembros de la pareja fantasmaticada" (p.134-5).

Ahora bien, siguiendo a Chemama (1995), "¿Por qué no es histérica toda mujer?: porque la histérica interpreta el consentimiento a la feminidad como un sacrificio, un don hecho a la voluntad del Otro al que así consagraría. Desde allí, se inscribe en un orden que prescribe tener que gustar y no desear" (p. 205), lo que suscita indignación y rebeldía.

La histérica juega al goce fálico, a la vez que se queja de él, y no logra hacer el paso hacia el otro goce, salda que la feminidad no histérica sí lograría. Y es que "gozar constituye, para el histérico, un límite último y peligroso que una vez cruzado lo sumiría inevitablemente en la locura, lo haría estallar y disolverse en la nada" (Nasio, 1990, p. 76), contra ello debe interponer su fantasma como protección.

La característica central de este discurso, es la referencia a un otro, ya hemos planteado, que es el deseo del otro el que mueve el deseo de la histeria, dado que supone que ese otro, se ubica privilegiadamente, al saber algo sobre su deseo que ella ignora.

Por ello, en un intento de mantener a ese otro como figura de saber, intenta tapar su falta, para que no caigan los fantasmas con que ella lo ha investido. En esta medida, podemos notar que cualquiera puede ocupar esa posición, lo que marcará la diferencia, es la posibilidad que tenga este otro investido de sostener la posición a la que la histérica lo llama.

Tomando en cuenta a Freud y a Lacan, podemos considerar que el origen de la histeria se puede explicar a través del Complejo de Edipo.

Freud empezó a utilizar la palabra Complejo, al relacionarse intelectualmente con Bleuler y Jung, considerándolo como una carga afectiva, en el cual influían las ideas y que era capaz de guiar las asociaciones.

Freud (citado en Bleichmar, 1997, p.12) considera complejo cuando: "Hay un conjunto de sentimientos, de aptitudes, de emociones, de ideas- al cual llamamos Complejo- que existen en el chico y que orientan su relación hacia sus padres, es decir, que en función de sus pulsiones se orienta de determinada manera frente a ellos".

El complejo de Edipo da paso a las identificaciones, que hace la persona con respecto a sus padres, quienes juegan un papel central en la constitución de los mecanismos de defensa, posteriormente facilita asumir la identidad sexual y también da lugar, al Super yo, para después dar paso a la formación del carácter. El Edipo interviene estableciendo el tipo de elección de objeto, la identidad del sujeto y cómo éste y su deseo se forma, así como su posición frente al deseo.

Lacan toma los postulados básicos del psicoanálisis freudiano, en relación con la conformación del aparato psíquico, también considera, que la estructura psíquica es moldeada fundamentalmente en la infancia y que está determinada por el paso que el sujeto realiza por el momento preedípico y el Complejo de Edipo y su salida.

Ambos autores consideran que desde lo preedípico, el primer objeto de amor que marca el proceso de la estructuración psíquica del niño, es la madre.

Lacan explica esta primera vinculación entre la madre y el hijo, como una relación imaginaria, decir el niño vive la ilusión de totalidad de síntesis y de semejanza con la madre, como madre simbólica, puesto que lo único existente para el niño es el mundo materno que representa y conjuga todo lo que puede concebir, es decir la madre es todo lo Otro; entendiendo por "Otro", "a la alteridad radical, la otredad radical, la otredad que trasciende, la otredad ilusoria de lo imaginario y que se equipara con el lenguaje y la ley, de modo que el gran Otro ésta inscrito en el orden simbólico. Por cierto, el Otro es lo simbólico" (Evans, 1997, p.143), es decir su mundo será concebido según la imagen materna. Así entonces, la función materna,

es desde el comienzo simbólica aun cuando la relación sea imaginaria.

Este es un momento previo al Complejo de Edipo, es decir el padre se ubica en una posición externa apropiándose del orden simbólico.

En el niño toda necesidad de cualquier índole que se le presente, puede ser satisfecha por la madre, pero aquella demanda de amor incondicional que rápidamente se afirma sobre las necesidades biológicas, es insaciable sobrepasando la voluntad y la consciencia materna; tan sólo por el hecho de que la madre puede estar y en otros momentos no estar. Es decir, hay algo que la madre no da, hay una falta que marca la primera separación entre madre e hijo. Esta falta primaria que Lacan designa como frustración, inaugura todos los tipos de vacío que el humano pueda experimentar, todos los tipos de falta de objeto, que irán incorporándose al psiquismo de manera paulatina. Cada que el niño se enfrente a la ausencia materna, cuando la madre no pueda interpretar su llanto o no esté en ese momento, el niño vivirá la frustración como daño imaginario, donde es la madre la que adquiere el carácter activo. Lo que el niño reclama por sobre sus necesidades, no puede ser satisfecho con ningún objeto o

demostración amorosa. Es esto lo que Lacan refiere como: "el salto que el ser humano hace desde la necesidad a la demanda"; pues lo que el niño demanda tiene relación con la necesidad y a la vez con el amor, es llamado un deseo materno. (Evans, 1997, p.92).

En virtud de esta falta y sus incidencias sobre el desarrollo psíquico del niño, es que puede abrirse paso al deseo, en la medida en que la madre hace falta puede inaugurarse la aspiración de un espacio mas allá de ella.

En síntesis puede decirse que la madre compensará lo que pueda, con mayor o menor devoción, pero nunca estará en todos los momentos ni en todas sus necesidades y aspiraciones y es el principio del proceso que habrá de culminar en el complejo de Edipo.

En este momento, es necesario introducir un término que llamaremos **falo**, "El falo puede entenderse desde la obra lacaniana en virtud de una sistematización del uso que Freud diera al adjetivo fálico o fálica, en contraposición al órgano genital masculino. De modo que Lacan aclara ciertas distinciones, que ya estaban implícitas en la obra de Freud. Por lo tanto, suele reservar el término pene para

el órgano biológico y falo para las funciones imaginarias y simbólicas de ese órgano". (Evans, 1997, p.87).

La primera separación entre madre e hijo, va configurando la posibilidad de que el niño comience a ser otro sobre el quiebre de la ilusión de completud y al sacar al niño de la posición únicamente de objeto de la madre, es entonces cuando aparece un espacio entre madre e hijo pidiendo ser llenado por medio de intercambio, al cual conocemos con el nombre de falo, exhibido en esta relación, como el objeto imaginario. Al existir entre ellos algo que trasciende su relación directa, el intercambio fálico muestra en el niño la existencia de un cierto espacio subjetivo. Cuando se observa la aparición de este espacio, en que el falo como objeto imaginario, se pone en juego estamos frente a un movimiento lógico y psíquico: el paso de la díada a la triada.

Es entonces cuando tenemos tres términos, la función materna, el niño como demandante y el falo como objeto de intercambio, todo esto, da lugar a lo que lacan llama el **Primer momento del Edipo**. El niño está capturado en el mundo del deseo y de él ha de valerse en su relación con la madre. La pregunta inconsciente será en torno al significante cultural del deseo, el falo: ¿soy el falo para

mi madre?, si las posibilidades en torno a la presencia- ausencia eran que la madre tuviera el falo o que el falo lo tuviera el niño, lo que tenemos aquí es la imagen de la madre, como madre fálica.

Sin embargo, esta imagen no se sostiene, puesto que en algún momento el niño comienza a advertir que la madre no tiene el falo, que no se lo niega, si no que lo desea precisamente porque ella tampoco lo tiene y la madre se convierte por lo tanto en un deseante y privada de algo que busca afuera, por este motivo mientras el deseo del niño, sea ser deseado por la madre podrá servirse del falo como vestimenta para atrapar el deseo materno, Lacan plantea: " el Edipo , desde luego, nos da tres pero sin duda implica un cuarto término, por que el niño ha de franquear el Edipo, por lo tanto, aquí ha de intervenir alguien y éste es el padre, que interviene en rivalidad y en el deseo inhibido por la madre" (Lacan, 1956, p.261). La ley paterna que se manifiesta primeramente a través del discurso de la madre.

De no agregarse este cuarto elemento, la perspectiva del niño, es quedar atrapado en la imagen del falo materno, es decir, su objeto de amor perfecto (lo que ocurre en la psicosis desde la hipótesis de lacan).

Esta intervención marca el **Segundo momento del Edipo**, con la instalación de la prohibición del incesto. Estableciendo otra paso más en la distancia entre el niño y la madre, para el niño, significa el desalojo definitivo de la posición ideal de falo materno y la privación de su objeto de deseo para la madre, denotando que ahí no saciara sus deseos, ni sus exigencias y que a ella también le interesa el falo.

La función paterna se instala a partir de la decepción fundamental del niño, ya que él ha de reconocer, "no solo que no es el objeto único de la madre, sino que a la madre le interesa de forma más o menos acentuada según los casos el falo" (Lacan, 1956, p.261).

Quien ejerce esta función de corte y de sanción es el padre simbólico, designado como el significante. En este punto cabe una breve explicación, de lo que éste autor nos señala, como los tres registros de la experiencia humana, el primero, el imaginario es el que entenderemos como ligado a la relación especular al otro, es decir, a la identificación al semejante y con las imágenes; el simbólico es aquel que se relaciona a las funciones estructurales, culturales, que está determinado por el lenguaje, por tal motivo, es previo al sujeto, el registro real es aquel que no pudo ser simbolizado, que fue

imposible de integrar a la psique, pero aun así irrumpe e interviene en la experiencia del sujeto.

Esto cambia la posición de la madre para el niño y reestablece su lugar siendo de aquí en adelante la madre para su hijo un otro, un semejante. Es así entonces como tenemos el paso de la díada en triada, en que el falo ocupa el tercer lugar y posteriormente la entrada del padre simbólico, es decir ya se cuenta con los componentes necesarios para la resolución de la escena Edípica y su salida lo que se designa como **Tercer momento del Edipo**, es aquí donde tenemos, que el padre real, (que es cualquiera que llena el rol y la función) es aquel capaz de decirle al niño quien es, reafirmado por el padre simbólico, sostiene la posición de poseedor del falo, y por eso es preferido por la madre.

De esta manera, el padre otorga respuesta a la pregunta por deseo materno. La problemática del segundo momento ser o no ser se transforma en tener o no tener el falo.

La intervención del padre, permitirá ordenar todos los elementos que hasta ahora habían ingresado, es decir, lo que pasa con el falo, el estatuto del **padre simbólico**, el lugar materno y el deseo del niño.

La función de la **castración**, que articula en el llamado Complejo de Castración, afecta al falo imaginario, el padre real interviene desde lo simbólico, tomando lo que ya estaba en juego imaginariamente con el falo, a partir de la amenaza real.

Existen diferencias entre los niños y las niñas en relación con este Complejo, la primera es su posición de entrada o salida en el Complejo de Edipo. La niña entra a la escena edípica con una relación a la castración, en la medida en que no lo tiene simbólicamente, mientras el niño sale, o puede salir, en tanto como presa de la amenaza de la castración (Lacan, 1956).

El padre puede privar en la medida en que lo tiene, pero que lo tenga no significa necesariamente que lo haya tenido siempre, lo que lleva al niño a pensar que alguien le donó al padre el falo que hoy se apropia, con esto abre la posibilidad de que, siguiendo la secuencia, el falo sea dado al niño.

Tanto en el caso del niño como en el de la niña, el padre hace una promesa, que si bien es distinta para cada uno, para ambos significa depositar una cierta fe en la inscripción de la ley, si ya transitamos del ser, al tener

el falo, este momento podría expresarse como no soy, no tengo, entonces ¿que hacer para tener?.

Para el niño, la promesa inconsciente, es que el algún día será el padre y que su falo ahora no puede servir, pues si sirviera el padre tendría que cortárselo, pero servirá en algún momento y por consiguiente, esto implica la renuncia a tener el falo y puede identificarse con el padre y renunciar a la madre como objeto de amor y hacer más tarde la búsqueda en otros objetos. Para la niña, a nivel inconsciente la promesa es, tu falo será tu hijo (del padre). La niña que ya tenía una relación a la falta enlazada al falo, ha de ver hacia que lado dirigirse para conseguirlo y podrá hacer lo propio renunciando a tener el falo y a identificarse con la madre.

La resolución del Complejo de Edipo derivará al sujeto en un tipo de neurosis, ya sea con una estructura fóbica, histérica u obsesiva.

La particularidad histérica, radica en este último período, en el tercer momento de la escena edípica, en el que el padre ha de apoderarse de la posesión del falo y dar pruebas de ello. He aquí el nudo, pues el padre de la histérica no logra atribuirse plenamente el falo, no consigue llevar totalmente el falo hacia sí, con lo cual no

puede decirse, que de pruebas de su atribución fálica y tampoco que quede establecida claramente, el padre no se establece en una posición sexual masculina, y con ello la madre tampoco es mostrada en una posición femenina. Situación que deja a la histérica en un punto intermedio, en el cual el falo sigue circulando sin que ella pueda por sus propios medios situarlo de una vez. Éste es el intento continuo de la histeria, que alguien le asegure que sabe donde está el falo, o bien que ella logre dejarlo de algún lado.

Tratará de mostrarle al mundo que es la portadora de unpreciado objeto, el falo.

1.5 Síntoma Y Mecanismo De Conversión.

El síntoma histérico, representa los deseos reprimidos y puede hacerse presente en cualquier órgano y parte del cuerpo, los órganos funcionan como "genitales sustitutivos", por esto son dignos a interpretación, pues tienen una significación aparte de lo funcional, una con etiología sexual-erógena. Refiriéndose a que "en la histeria tenemos que dar primero el rodeo por la interpretación de los síntomas y, después, no atribuir las

emociones sexuales perversas en el inconsciente de ellos" (Freud, 1916, Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, p.282). Por este motivo y debido a la versatilidad de la histérica, su síntoma se hace presente en diversos malestares, como dolores menstruales, anorexia, cefaleas, náuseas, vómitos, dolores de columna, etc., etc., "La parálisis que aparece como una metáfora de la insatisfacción del deseo, del doble sentido de querer y no poder y poder y no querer, que tanto ha molestado desde siempre a los médicos; los trastornos menstruales que hacen una obvia referencia a la castración imaginaria; la anorexia que implica nada de deseo; la cefalea que guarda relación con la palabra y la escucha; la náusea, los vómitos, el estreñimiento; también algunos trastornos en las reglas y algunas toses y fatigas en su relación con la vida sexual, coito, embarazo, parto, la identificación viril: en fin, son conocidas las vicisitudes de la histérica y sus médicos en la clínica, es evidente que a través de esta sintomatología accedemos a un discurso que aparece metaforizado y condensado en el cuerpo" (De Krell, 1991, p.112).

Freud establece en el caso Dora, que él no vacilaría en dar un diagnóstico de Histeria, a toda persona que ante un estímulo sexual que podría ser vivido como excitante,

representa solamente repugnancia a pesar de no encontrarse síntomas somáticos.

El síntoma histérico nos expresa un deseo inconsciente, mediante el cual se lleva a cabo la realización de la fantasía, por lo que hay un regreso a la vida sexual infantil, la cual ha sido reprimida dando lugar a un impulso libidinal y otro represor, por un lado tiende a la exteriorización y por otro lo impide, suscitando que este impulso sexual se reprima, ante el exceso de afecto sobreviene la conversión. Freud explica que para que un síntoma se fije, es necesario que se presente en varias ocasiones con cierto afecto para posteriormente lograr esta fijación y permanencia. "Un síntoma histérico es la expresión por un lado de una fantasía masculina y por otro de una femenina ambas sexuales e inconscientes" (De Krell, 1991, p.116).

La identificación es la forma inmediata de relación con los objetos, ésta se da identificándose con su rival, al cual envidia, en la mayoría de los casos, es el progenitor del sexo contrario, situándonos en el complejo de Edipo.

En la histeria que tiene su origen en el complejo de Edipo, este proceso se puede dar en forma contraria, es decir, no

identificándose con su rival, sino con su objeto de amor, por lo regular cuando se ve obligada a renunciar a un objeto, puede elaborar una tendencia a compensar esa pérdida mediante la identificación con dicho objeto.

Mediante el discurso, la histérica nos va relatando su síntoma inmerso en su cuerpo, cuerpo que no es vivido en su integridad como propio, sino que se mantiene corrompido, fragmentado; por medio del síntoma se busca la integración de éste. "El síntoma es la sustitución creada por "conversión" para el retorno asociativo de estas ideas traumáticas" (De Krell, 1991, p. 116). En 1895 Freud hizo la siguiente afirmación con respecto a la conversión: "En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer a lo corporal la suma de excitación, para lo cual yo pondría el nombre de conversión" (Freud, Primeras publicaciones psicoanalíticas, p. 50).

El goce es encerrado en el síntoma y parece decir "Yo no gozo para que el Otro, el Otro de la identificación, no goce de mí". Pues se figura que el Otro demanda su castración. Y en esa medida es que se presenta como "castrante" al representar la imagen viviente de la castración, con su cuerpo de lagartija, de partes modulares

que se cortan y se reconstituyen (Braunstein, 1990, p. 171).

En la histérica, existe un distanciamiento y una desintonía entre el deseo y el goce, abriéndose un espacio, el cual es reclamado y ocupado por el síntoma, extrayendo el síntoma se genera, cuando existe una carga afectiva que viene de la infancia y que en el momento que surgió no fue regulada por la angustia y no logró externarse.

Cuando la histérica ha sentido el dolor físico originario, la reproducción del dolor en el síntoma actúa como sustituto de una excitación satisfactoria anhelada, que de cierta forma ha resultado ligada al dolor; por tal motivo ahora actúa como una rúbrica del peligro que sería entregarse a esas sensaciones de placer. En la histeria el origen sintomático se debe entender a partir de vivencias anteriores que por lo regular acaecen antes de comenzar la pubertad, **huellas mnémicas** que han logrado un nexo asociativo con alguna circunstancia que ha ocurrido a partir de la primera aparición del síntoma, que por esta vía ha tenido su aparición; así como el de las llamadas zonas histerógenas, las cuales desempeñan un papel importante en la sintomatología histérica, pues al ser manipuladas son capaces de desencadenar eventos convulsivos

(ataques histéricos), por este motivo es necesario revisar el enlace que se originó para revisar la acusación del síntoma. Este es un punto central para entender el funcionamiento de la histeria, con palabras de Freud: "No son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino sólo su reanimación como recuerdo, después que el individuo ha ingresado en la madurez sexual" (Freud, 1899. Primeras Publicaciones Psicoanalíticas, p. 165), por medio de esto podemos entender la reacción que para nosotros podría ser exagerada del histérico, pero si recordamos que lo visto por nosotros es solo la parte más pequeña e incluso tal vez la más visible de una cadena de enlaces y motivos en los cuales emerge.

Los síntomas conversivos se originan por una necesidad del paciente y su significado guarda una relación con el lugar en el que se manifiestan, ya que a través de estos, se satisface inconscientemente el objetivo de su creación.

Los síntomas conversivos entonces tendrán una causa para manifestarse en tal o cual órgano, a pesar de que no existan alteraciones o cambios anatómicos que las produzcan.

Conversiones Monosintomáticas.

Son las manifestaciones que se presentan en un solo órgano, el cual tuvo una relación con la situación que fue vivida como traumática.

Dolores Históricos.

Los dolores históricos sustituyen una experiencia placentera deseada, de esta forma, cuando un dolor se presenta, representa esta situación asociada al dolor, por este motivo la paciente evita entregarse a sensaciones de placer, en señal de advertencia.

Perturbaciones Históricas en la Sensación.

Son un retorno de lo reprimido, aunque por sus manifestaciones se podría considerar que su surgimiento tiene como objetivo la evitación de éste.

Perturbaciones Motoras Históricas.

Una parálisis motora representa una defensa contra la acción, es decir contra un acto sexual infantil calificado como prohibido. La parálisis histérica puede tener dos lecturas, por un lado manifiesta una seguridad ante el acto sexual que fue denotado como punitivo y por el otro representa un sustituto aceptable del mismo.

"Las circunstancias históricas y el grado de la complacencia somática son los factores que deciden que parte especial de la musculatura se verá afectada por la parálisis" (Fenichel, 1999, p.258). El órgano afectado por la histeria, es aquel que cuando tuvo lugar la represión se encontraba mayormente tenso o activado.

"Las perturbaciones de las percepciones sensoriales representan el repudio de las trastornadoras percepciones sexuales" (Fenichel, 1999, p.261). Manifestándose como ceguera, sordera, alucinaciones o limitando las capacidades sensoriales, estos síntomas surgen regularmente a partir de un trauma en forma de inhibición post traumática del yo, adquiriendo inmediatamente un significado histórico resguardándose como síntomas de conversión.

Cuando un síntoma tiene una causa orgánica puede ser utilizado para dar salida a los impulsos de manera

disfrazada y a pesar de no tener un origen en la conversión es manipulado por esta, y en ocasiones pese a que el síntoma orgánico haya cesado, este seguirá haciéndose evidente.

“Los síntomas histéricos se solucionan cuando desde ellos podemos hallar el camino hasta el recuerdo de una vivencia traumática” (Freud, 1899. Primeras Publicaciones Psicoanalíticas, p.195).

Freud asegura que cuando se cura un síntoma histérico no se cura la histeria, es decir el padecimiento en si, si no solamente síntomas propios o singulares a ésta.

1.6 El Goce en la Histórica.

Para Freud la histórica inventa el Psicoanálisis, al demandar constantemente alguien que la escuche, al que le pueda exponer detalladamente todas sus desgracias y sus desdichas, ese Otro que es capaz de no reprocharle nada, sino al contrario, al cual ella pueda manifestarle sus síntomas mediante una demanda de saber, una queja, esa queja donde las históricas encuentra su deseo insatisfecho.

"El goce de la Histórica corre a lo largo del relato sin que se le identifique como tal, en los por menores de las traiciones del amado, los errores de los médicos que dejan el saldo de un cuerpo sufriendo, las faltas de reconocimiento por parte de los hijos y padres" (Braunstein, 1990, p. 158).

La histérica presenta una desesperación inmensa por hacerse amar, llevándola a creer que ama, al darse este credo, ella hará lo imposible para cumplir las demandas de deseo del Otro, aparecerá una flexibilidad que contrasta con su dureza obsesiva, por lo que ella siempre va buscar la falta del Otro, para identificarse con ésta, lo que el Otro le demande, ella se lo dará, para llegar a ser el deseo del Otro, por lo que se sacrificará, dará todo por ese Otro, y posteriormente le reprochará todos sus sacrificios, sus indulgencias, para finalmente desplazar ese sacrificio hacia un nuevo objeto. Pese a que el Otro actúe a favor o en contra de la demanda histérica, eso no será suficiente para ella, ya que no era lo que ella quería por lo que le expresa su insatisfacción.

El histérico es un ser insatisfecho, que trata de resguardarse en sus fantasmas y en la cotidianidad, para así intentar aliviar la angustia.

En este punto es importante señalar que no hay que confundir la actuación histérica en el sentido de todo el despliegue teatral que la matiza, con lo que llamamos **acting out** pues son distintos, cuando la histérica dramatiza lo que implica es una representación de comunicación, a diferencia del acting out en el cual el fin no es nada parecido a ésta última, sino, por el contrario, de descarga e inoculación.

La histérica va por el mundo, así insegura de su identidad, tratando de definir quien es, mirando diferentes identidades que le confunden con roles (sociales, teatrales).

Redundando permanente la pregunta dirigida a la madre ¿Qué es una mujer y como goza ella? Lo que pide es saber, pero más allá sostiene la insatisfacción de su deseo, ya que el deseo no falta, sino que en ella está insatisfecho, pues ella no se engaña, pide el falo y sabe bien que el pene es un simulacro, incapaz de asegurar su goce.

El falo es el camino ofrecido al goce de todos y cada uno es tomado por ella, como objeto que se muestra insuficiente, incapaz de cumplir sus promesas.

"La mujer no toda en la significación fálica partida entre el hombre y la Otra mujer dirigiendo alternativamente su pregunta y encontrando siempre respuestas a medias sobre ese goce que experimenta, pero no sabe en que consiste. El acontecimiento de su entrega no conoce medias tintas" (Braunstein, 1990, p. 160).

El discurso histérico incluye esta búsqueda reiterativa de un amo que pueda responder sin ambigüedad a la pregunta por el ser mujer, de un amo que de respuestas, que ofrezca un saber, un saber que siempre fallará para decir la verdad y que estará en alejamiento con el objeto que es causa de su deseo, con el máximo de goce. Un amo que en cuanto la relación se vuelva estrecha, acabará por convertirse en bestia. La demanda hecha al otro revela inevitablemente una falla que no está en ella sino en él. Y así, el lugar de la incógnita se ha desplazado. Ahora es ella misma ese Otro que no comprende y que es insuficiente, aunque se esfuerce por dotarla de respuestas. Y es que el goce

procede precisamente de este lugar así alcanzado, donde se revela la insuficiencia del amo, es decir, su castración.

Ella lo pone a trabajar pero las palabras que el dice no hacen sino descartar su insuficiencia. Reciben con escepticismo el saber que se le ofrece: "Si está bien pero no es suficiente, algo, no sé bien qué, falta" (Braunstein, 1990, p. 163).

La Histórica siempre se aferrará a ser diferente, a su diferencia, que no quiere ni puede ceder, porque siente que sería reconocer su castración, esa castración a la que se aferra, porque supone que es lo que el Otro quiere y así el Otro gozaría con ella.

Creando la falta en ser, en el Otro, se puede fabricar ella un deseo postizo, un paliativo de deseo, pues esa falta en el Otro es lo que obra como molde y como modelo para su identificación, ella será eso que falta. De este modo alcanzará una identidad y podrá aspirar a ser imprescindible y a inscribirse de tal manera en la historia por procuración a través del otro y del ofrecimiento de lo que el pueda demandarle. Ha manejado así el engaño fundamental que se hace así misma, al confundir la demanda del Otro con el deseo propio. Reaccionando con emotividad y

agitándose ante el desinterés del Otro, reclamándole su frialdad y por el contrario, ante la pasión que pudiera despertar, respondiendo con la indiferencia y el desapego, sin corresponderle, nutriendo la falta, pidiendo ser vista, reconocida, oída, admirada, por otro que no alcanza a poseerla en plenitud, porque siempre queda ese resto que se despoja, puesto que eso, que constituye la respuesta no es precisamente lo que ella esperaba. Pues ningún padre es El Padre, ese al que dirige su demanda.

El deseo de la histérica es un deseo sin objeto y esencialmente insatisfecho; su objeto es la falta en el Otro y esto es lo que insaciablemente pide, consume y consume. Pero de tal falta en el Otro no puede tener sino manifestaciones dudosas, palabras que son tan inciertas como la poca seguridad que puede conceder a su propia sinceridad.

La histérica oculta su castración, mostrándose a su pareja para consumir el deseo que ella misma incita. En la histérica la madre, es ese ser desprovisto y desatendido que constituye lo negativo de sus identificaciones. "Si ser mujer es ser como ella, entonces yo no quiero ser mujer" (Braunstein, 1990, p.164), esto da pie a que el fantasma de la histérica sea denominado como un fantasma bisexual, pues su identificación femenina está mermada. Por lo tanto

la histérica no entiende porque el padre está con la madre, si ésta es un ser insuficiente, a lo que la histérica responde manifestando su disposición para identificarse con lo que falta al padre, con esa otra mujer que la madre no ha sido para el padre, respondiéndole su anhelada pregunta ¿Qué es ser mujer?

El goce de la histérica siempre estará depositado en su deseo insatisfecho.

1.7 La histeria masculina

A la histeria masculina, a diferencia de la femenina, no le han dedicado tantos libros, tratados, estudios, no por esto debemos olvidarla o pensarla de un modo tan distinto como a una histeria femenina, pues en el sentido de estructura y de afección neurótica, sigue teniendo la misma base, así pues la sintomatología de ambas, no tiene porque ser diferente, en este punto podemos señalar que en la histeria masculina, no hay señales de lo que era la gran histeria como la que tanto hemos hablado y es descrita por Charcot, pero podemos hablar, a menudo de acceso de ira, la cual se interpreta como una muestra de la impotencia que disfraza una carga libidinal; existe una característica propia de la histeria masculina, ésta consiste en que en él, el interés

es mostrarse él y su cuerpo, es decir mostrarse como un todo, su mayor deseo es gustar a todos y tener el amor de todos, es decir no puede renunciar a alguien, por eso se muestra todo y se da todo, aunque esto solo sea a nivel de la seducción, pues el histérico no puede comprometerse a otro nivel, y cuando logra conseguir lo que envidiaba, ocurre entonces lo que Freud llamó neurosis de fracaso o neurosis de destino, (Dor, J. 1991). Cuando el histérico tiene el indicio, de que su deseo se puede consumir aunque esto sea tácitamente, inmediatamente entra en acción este proceso, para evitarlo a toda costa, por ejemplo en la impotencia y en la eyaculación precoz y como derivación nos encontramos con estados de ansiedad, depresivos entre otros muy usuales en la histeria.

En la histeria masculina, es muy habitual encontrarnos con alcoholismo y abuso de sustancias, pues éstos, le permiten al histérico mostrarse como poseedor del falo y como un rival posible ante los demás hombres.

Capítulo II

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

2.1 Antecedentes de los Criterios diagnósticos

Desde su aparición, los criterios diagnósticos de la histeria han sido vagos y confusos, debido a que su etiología era atribuida a diversas causas; entre ellas se encontraban: la brujería, la falta de actividad sexual o síntomas de los cuales se desconocía su origen.

Fue con Sydenham en el siglo XVII cuando se diagnosticó como Histeria a los pacientes que no presentaban síntomas de origen fisiológico, y sus padecimientos eran atribuidos a la parte emocional.

Posteriormente Charcot, estableció criterios de diagnóstico para la Histeria, que consistían en:

"las crisis convulsivas, las crisis de agitación psicomotora; la "crisis convulsiva histérica, las crisis de inhibición (letárgica, acceso cataléptico, crisis sincopal); las parálisis (sistemáticas, localizadas, generalizadas); las contracturas; los trastornos de la fonación; los

accidentes sensitivos (anestias, hiperestias, parestias, los trastornos visuales, auditivos, del gusto y del olfato); los trastornos del sistema neurovegetativo (espasmos esofágicos y respiratorios, uretrales, vesicales, vaginales, náuseas y vómitos, constipación espasmódica); los accidentes mentales (trastorno de la memoria, inhibición intelectual y fugas, estados segundos, estados disociativos, estados crepusculares, amnesias y estados alucinatorios " (Pérez, 1998, p.82).

Así mismo, explicó el famoso ataque histérico, el cuál consistía en 4 fases: la epiléptica, los grandes movimientos, las actitudes pasionales y el delirio Terminal, diferenciando de está forma el ataque histérico del ataque epiléptico.

Freud consideraba que la Histeria tenía su origen en el Complejo de Edipo, concepto que desarrolló a detalle con base en sus dos teorías, La Teoría del Trauma y la Teoría del Fantasma, donde los conceptos de angustia, represión y conversión, así como, el de identificación histérica resultan fundamentales para el análisis de la

sintomatología y determinar así, si su origen era histérico o no.

Los síntomas de la Histeria podían manifestarse como: contracciones musculares, dificultades para caminar, parálisis de los miembros, parálisis faciales, dolores locales, migrañas, anestesia de una región limitada del cuerpo, ceguera, sordera, afonía y algunos más como insomnios, desvanecimientos leves y alteraciones de la conciencia o de la memoria.

Así mismo denominaba histérica a toda persona que no gozará en una relación sexual, es decir, que se presentaba sexualmente insatisfecha.

Kraepelin en 1904 describe las características de la Histeria como: "deleite con la novedad, su entusiasmo, una imaginación vívida, gran excitabilidad, labilidad del estado anímico, preocupación romántica, caprichosidad e impulsividad" (Alcmeon, 2004).

Durante los años cincuenta y sesenta (Pérez, 1998), la psiquiatría definió las características de la personalidad histérica, como egocentrismo, labilidad emocional, simulación de afectos, frigidez y dependencia afectiva. Con temperamento variable, todo es blanco o negro no puede ser intermedio, teniendo actitudes teatrales, seductoras,

mediante estas buscan recibir la atención, sobre todo de los hombres, como queriendo encontrar el cuidado materno, del cuál carecieron, por lo que tratan de seducir al padre, para obtener su atención y tal pareciera que la siguen buscando extendiéndola por completo al sexo masculino, por eso cuando el hombre interpreta su conducta como seductora, la histérica finge demencia, ya que busca atención materna, no sexo, por lo que la mayoría son frías.

Se pueden considerar tres aspectos fundamentales del carácter histérico, la sugestibilidad, mitomanía y las alteraciones sexuales (Ey, 1978).

Sugestibilidad.- El histérico se presenta, como un individuo moldeable, influenciado, ya que es una persona que carece de identidad establecida, auténtica, propia, por lo que se maneja en su entorno siguiendo modas, ideas, etc., que lo hagan sentir auténtico. Así mismo, sus síntomas se moldean dependiendo del objeto con que se identifique. El Yo del histérico, es un Yo que no ha conseguido organizarse conforme una identificación de su propia persona, como ya mencionamos anteriormente, debido a un conflicto en la fase edípica. "en el histérico la máscara del personaje oculta completamente a la persona (...). El conjunto de la persona refleja esta falsedad y su

sistema de organización se desarrolla construyendo un falso personaje que vive una falsa existencia" (Ey, 1978, p. 426).

Mitomanía.- Debido a esta constante afirmación, se muestra como un espectáculo, como un actor, falsificando sus relaciones interpersonales, engañando, mintiendo. Utilizando la represión amnésica de los recuerdos reales, con el fin de sustituirlos por lagunas o mentiras, manteniendo el deseo de suplir el principio de la realidad por el del placer y la fantasía. "Los olvidos, los falsos recuerdos, constituyen una de las características esenciales de la insinceridad inconsciente del histérico" (Ey, 1978, p.426). El histérico vive en un mundo irreal, imaginario, que el mismo se crea, debido a la represión, buscando siempre obtener una ganancia, un beneficio secundario.

Alteraciones sexuales.- Denotan una sexualidad desbordante, excesiva, pero esta no es más que algo actuado, fingido, teatral que contrasta con fuertes inhibiciones sexuales, ocultando de este modo su impotencia, su frigidez. "Reemplazando el orgasmo por los goces del juego y del simulacro y así ocurre que el desenfreno más o menos simbólico de la imaginación sexual constituye una parte

integrante de esta teatralidad de la existencia histérica" (Racamier citado en Ey, 1978, p.426).

Charles Lepais, (citado en Pérez, 1998) describió algunos síntomas considerados histéricos, los cuales eran aplicables a hombres y mujeres, pues según el verdadero origen se encontraba en la cabeza, realizó una descripción de las crisis convulsivas, y enlistó algunos otros síntomas de origen histérico como son: anestias, ceguera, afonía, temblores, parálisis, cefalea.

Durante los años 1902 a 1967, época donde El Manicomio General de la Castañeda era la principal institución psiquiátrica en México; el diagnóstico de Histeria se basaba en las actitudes Teatrales, actitudes seductoras y ataques histéricos, los cuales muchas veces eran confundidos con los epilépticos; en ocasiones el diagnóstico era dado cuando los síntomas eran vagos e imprecisos.

2.1.1 Las manifestaciones Históricas y Trastornos en la mujer.

Anteriormente la mujer se veía limitada en el terreno sexual al no poder vivir su sexualidad plenamente, principalmente por razones sociales. Por otro lado, se exaltaban sus funciones maternas casi siendo las únicas que podía desempeñar de una manera aceptable para su entorno, debido a este rol impuesto, no se hacía esperar el surgimiento de cuadros o síntomas histéricos, así como otras psiconeurosis.

Actualmente, ya no se presentan los cuadros histéricos de la época de Freud y Charcot, lo que más se observa son los trastornos psicósomáticos, en donde el síntoma tiene una nueva significación y una forma diferente de ser tratado.

Debido a todos los cambios sociales e ideológicos ocasionados en su mayoría por las guerras y surgimiento de nueva tecnología, las costumbres y necesidades del ser humano se han ido modificando, no siendo la excepción el tema que hoy nos ocupa, es decir las manifestaciones históricas, estas se han ido acoplado a estos cambios,

conservando su etiología sexual, pero mudando lo suficiente para seguir vigentes en cada época.

A partir de una mayor libertad sexual y social, las mujeres ya no padecen con tanta frecuencia los cuadros neuróticos típicos de la gran histeria. En la actualidad al estar limitada a las funciones maternas, padece de trastornos psicossomáticos en sus funciones procreativas (Langer, 1978), e incluso alimentarias; uno de los síntomas más frecuentes de la histeria actual son la anorexia y la bulimia, asociando a estos padecimientos con recuerdos repugnantes, cuyo exceso de afecto no ha experimentado disminución alguna, debido a esto la persona no halla gusto alguno en la comida.

Anorexia y Bulimia

La anorexia se define como: "un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por el rechazo más o menos sistemático a alimentarse y que se presenta como un modo de respuesta a conflictos psíquicos" (Bloch, 1996, p.52).

El concepto de bulimia se refiere a: "un trastorno del comportamiento caracterizado por accesos irrefrenables de hambre, acompañados de la absorción masiva e ininterrumpida

de grandes cantidades de alimentos, seguidas de vómitos provocados o de adormecimiento" (Bloch, 1996, p. 109).

La bulimia y la anorexia, encuentran su origen en el conflicto Edípico, debido a la rivalidad con la madre y a la vez su deseo de ser amada por ella. Así mismo, la interacción con la madre desde la oralidad y las primeras relaciones con la comida, que conformarán la base del psiquismo del individuo; este conflicto Edípico se revivirá posteriormente al encontrarse con una mujer que tenga todas esas características anheladas, aquellas consideradas como símbolos de perfección.

Freud establece, que al ser la alimentación la primera forma de vinculación con la madre, adquiere un significado de intercambio, que es determinante, para la relación que tendrá el individuo con la comida. Así pues, la comida se puede considerar como un objeto de placer, que al llegar a la pubertad se trasladará a lo sexual, cuando esta modificación necesita ser ejecutada y partiendo del desarrollo del Edipo, el sujeto se relaciona de una manera rechazante hacia la comida, con el fin de conservar el cuerpo infantil, para seguir obteniendo el cariño de la madre y conservando su objeto de placer encontrado en la oralidad; "Por la duplicidad de la zona labial la represión

se extenderá al instinto de alimentación. Muchas de mis pacientes con perturbaciones anoréxicas (...) habían sido en su infancia grandes chupeteadores" (Freud, El hallazgo de objeto. La metamorfosis de la pubertad, 1967).

Tanto el síntoma anoréxico, de no poder dejar de adelgazar, como el bulímico de no poder dejar de comer, manifiestan ese rehusamiento, de considerarse así misma como objeto de deseo, por lo que el síntoma de la anoréxica, se puede considerar como un síntoma dentro de la fase oral de la vida sexual del paciente.

Todo esto nos hace considerar a la anorexia y a la bulimia como un trastorno que va más allá de la moda, que ha encontrado en ésta, el medio ideal para expresarse.

Menstruación

La menstruación siempre ha sido un acontecimiento relevante para la mujer, ya que representa la madurez biológica y las funciones procreativas que ha alcanzado.

En ocasiones, las mujeres se encuentran en un estado de depresión pasajera unos días antes de que se acerque su ciclo menstrual, la cual desaparece al llegar éste, una

interpretación psicoanalítica, consiste en describir el deseo o el rechazo inconsciente hacia el embarazo, en la mayoría de los casos ambos sentimientos se producen al mismo tiempo, lo que ocasiona el conflicto cargado de angustia y sentimiento de culpa, originando que la menstruación sea vivida como un alumbramiento.

Al llegar la menstruación, en la niña surgen ideas donde sus fantasías y juegos sexuales, adquieren un nuevo significado al tener la posibilidad de realizarse, cuando la menarquía está cargada de conflicto psíquico, este se reproducirá probablemente durante la etapa procreativa de la mujer. En caso contrario, es decir, que la menarquía fuera tomada con aprobación, podría hablarnos de una salud psicósomática futura (Langer, 1978).

En los casos en que la menarquía represente un conflicto, se puede tener una explicación, a base del complejo de castración, producido por actos masturbatorios vivido en el plano imaginario o representar la rivalización con la madre por el ser mujer. Pero es necesario un análisis más detallado para diagnosticar la situación de base.

Frigidez

Este padecimiento, se caracteriza por la ausencia de sensaciones durante el coito, abordándolo desde un enfoque psicoanalítico, nos habla de un rechazo parcial al acto sexual, ya que por una parte siente temor de realizarlo, pero por otra, lo acepta físicamente. Es decir, la negación se encuentra más en un nivel inconsciente. Su pareja juega un papel vinculado a objetos hostiles, de los cuales no quiere depender y mucho menos entregarles su orgasmo, ya que sería entregarse al placer del otro, situación que puede ser invertida de la manera en que ella la experimenta. "Es ella quien controla la situación. Se trataría de una anestesia histérica pasajera de la mucosa vaginal, entonces se considera la frigidez como un síntoma de conversión, es decir histérico" (Langer, 1978, p. 120). Así puede negar su castración, negando la existencia de la abertura vaginal, la mujer que padece frigidez se encuentra fijada en un Edipo no resuelto, en donde todas sus parejas representan el papel paterno y conjuntamente a la prohibición del incesto, le imposibilitarán el disfrute en la relación sexual.

En su último trabajo sobre el tema (Freud comentado en, Langer, 1978), aclara que la causa mas importante de los

trastornos sexuales femeninos, radica en "la relación primitiva de la niña con su madre, es de suma importancia, porque repetirá después, con su padre esta misma experiencia" (p.125).

En otras ocasiones, la frigidez surge después de que la mujer se convierte en madre, debido a la discrepancia que existe entre éstas.

Actualmente, al diagnosticar se utilizan cuatro factores básicos de la patología. Primeramente se toma en cuenta el factor psicogenético, que son los que acompañan la vida del sujeto, pero que aun no dependen de él. Por otro lado se hace uso de la interpretación de los síntomas del paciente, con el fin de establecer una relación entre éstos y la vida del sujeto, en el sentido propio de la enfermedad y así dar un significado psicológico a padecimientos que parecerían meramente biológicos. A partir de esto se puede hacer una comparación con las reacciones esperadas y el comportamiento del sujeto, poniendo especial atención en los mecanismos de defensa utilizados. Hay que tener presente que existen rasgos que se comparten dentro de las patologías o que pueden disfrazar los padecimientos, por tal motivo éstos no son determinantes y lo que es fundamental para el diagnóstico y tratamiento es la interpretación individual.

2.2 Criterios de diagnóstico actuales para la histeria

Durante la época de los 50's la American Psychiatric Association estableció la necesidad de unificar los diagnósticos psiquiátricos, para darles mayor certeza y confiabilidad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales fue el primero que contenía un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas y un sistema de diagnóstico multiaxial y ha sufrido varias modificaciones a través del tiempo.

Actualmente DSM-IV R (2001) cuenta con una evaluación multiaxial (5 ejes):

- Eje 1.- Síndromes Clínicos y condiciones no atribuibles a enfermedad mental.
- Eje 2.- Alteraciones de la Personalidad y Alteraciones específicas del Desarrollo.
- Eje 3.- Trastornos Físicos.
- Eje 4.- Severidad de los Estresores Psicosociales.
- Eje 5.- Nivel más alto de funcionamiento adaptativo en el último año.

Para esta investigación, se utilizaron los criterios de Diagnóstico del DSM IV-R para la clasificación y delimitación de los síntomas, dado que su uso es más frecuente en México, y su estandarización corresponde más con nuestra población, debido a nuestra ubicación geográfica y los factores sociales que compartimos.

A continuación se describen los criterios de diagnóstico actuales para la histeria según el **CIE-10 Y DSM IV-R**.

En el manual DSM-IV R (2001) podemos encontrar, que La histeria, que anteriormente ya se hallaba dividida en Histeria de angustia e histeria de conversión, corresponde a los Trastornos Somatoformes (conversión 300.11) y Trastornos Dismorficos (300.7), (Zukerfeld, 1996, p.192). Abarcando también los Trastornos de Somatización (300.81), Trastorno Histriónico de la Personalidad (301.50).

2.2.1 F44.x Criterios de diagnóstico para la histeria

DSM- IV R

A) 300.11 Trastorno de Conversión

1) Uno o mas síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

2) Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit de acuerdo a que el inicio o exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

1) El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado.

2) Tras un examen clínico adecuado el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

3) El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de

otras áreas importantes de la actividad del sujeto o requieren atención médica.

- 4) El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- 5) Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiere un trastorno neurológico no limitado a dolor(síntoma de conversión del tipo de la alteración, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, ceguera, sordera, amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

- .4 con síntoma o déficit motor
- .5 con crisis y convulsiones
- .6 con síntoma o déficit sensorial
- .7 de presentación mixta.

B) Trastorno de Somatización (300.81)

1) Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años, persisten durante varios años y obligan a la búsqueda de atención médica o provocan un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2) Debe cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración.

3) Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (v. gr., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción).

4) Síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos del dolor (v. gr., náuseas, distensión abdominal, vómito-no durante el embarazo, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).

5) Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (v. gr.,

indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo.

6) Cualquiera de las dos características siguientes:

a. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (v. gr., drogas o fármacos).

b. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos del laboratorio.

c. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

C) Criterios para el Diagnóstico f 60.4 Trastorno Histriónico de la Personalidad (301.50).

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes supuestos:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre si mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias.

8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

2.2.2 Criterios de Diagnóstico para la Histeria según el CIE-10

A) F45.0 Trastorno de somatización.

El rasgo más destacado de este trastorno, es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta.

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Pautas para el diagnóstico

- 1) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.
- 2) La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.

3) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Incluye:

Trastorno psicossomático múltiple.

Trastorno de quejas múltiples.

B) F 60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
- b) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- c) Afectividad lábil y superficial.
- d) Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.
- e) Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir.

f) Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

MÉTODO

3.1 Planteamiento del problema.

A partir de la aparición de la histeria como enfermedad, se ha considerado, desde obra de espíritus malignos, hasta un padecimiento con origen puramente fisiológico; pasó mucho tiempo para situar su etiología en el plano psíquico. Todas estas concepciones sobre la histeria se fueron mezclando e incluso modificando, hasta que en la actualidad este tipo de manifestaciones son tratadas por los médicos a través de medicamentos y terapias alternativas; terapéutica que en primera instancia alivia el dolor histérico pues éste, se aloja en el cuerpo, pero que buscará una nueva forma de manifestarse o hacerse evidente, ya que su origen reside en lo psíquico. Es decir, los síntomas histéricos se van moldeando, adaptando dependiendo del contexto socio-cultural, siguiendo las modas y los avances de la medicina, debido a estos cambios es interesante realizar una investigación, que pretende, a través de la revisión de expedientes clínicos, conocer la prevalencia de los síntomas, para analizar las modificaciones de las manifestaciones histéricas a los largo del siglo XX.

3.2 Pregunta de investigación.

¿Cómo han evolucionado los síntomas histéricos durante el período comprendido entre 1910 y 2000?

3.3 Objetivo general.

Analizar y describir los cambios en la sintomatología histérica, mediante la revisión de expedientes clínicos, para establecer cuales prevalecen en la actualidad y cuales se han modificado y/o disminuido.

3.4 Objetivos específicos.

- a) Identificar y clasificar los síntomas histéricos según su registro en los expedientes clínicos consultados.
- b) Describir la prevalencia de los síntomas histéricos.
- c) Describir las modificaciones de los síntomas histéricos.

- d) Comparar la distribución de los síntomas histéricos por decenio.
- e) Analizar y discutir los resultados.

3.5 Tipo de estudio.

Es un estudio descriptivo y retrospectivo, debido a que se utilizó la información ya recabada, para a partir de ella obtener nueva información (Kerlinger, 2001).

3.6 Muestra.

Se trata de una muestra no probabilística por cuota intencional, ya que se seleccionaron los documentos a partir de determinados criterios de inclusión (Hernández 2006).

Selección de expedientes clínicos provenientes del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y la Clínica San Rafael.

3.7 Criterios de Inclusión.

Expedientes que contaran con diagnóstico de histeria o con alguno del DSM-IV, que concuerde con la histeria.

Que reporten algún tipo de estudio (examen mental, historia clínica, exploración médica, análisis de laboratorio o reporte de cirugía) del paciente.

3.8 Naturaleza de los datos.

Los expedientes de los casos utilizados en esta investigación, provienen para el periodo de 1920 a 1970 del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud que tiene bajo su resguardo los expedientes del manicomio General de la Castañeda y los del periodo de 1980 a 2000 el archivo del hospital San Rafael.

A continuación se presenta una breve semblanza de dichas instituciones.

El Manicomio General de la Castañeda.

En la época del virreinato, fueron creados los Hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador, con la finalidad de amparar a las personas que deambulaban por las calles durante la época de la colonia, la asistencia psiquiátrica era administrada por instituciones eclesiásticas.

Con el advenimiento de las Leyes de Reforma, estas instituciones pasaron a formar parte de la Beneficencia Pública, quedando centralizada bajo el control del Estado, desde la organización, hasta el sostenimiento de los establecimientos de asistencia social y médica de la Ciudad.

Pronto estas Instituciones se vieron saturadas y sobrevino las sobre población que aunada a las inadecuadas condiciones de higiene, así como a las deficiencias administrativas de las instituciones de Salud, fue necesario efectuar una transformación radical en el sistema hospitalario. De esta forma, el 1º de Septiembre de 1910 el General Porfirio Díaz, inauguró el Manicomio General de la Castañeda, el cual fue construido con fondos de la Beneficencia Pública y tenía como objetivo albergar a todos los enfermos mentales del país, sin importar sexo,

edad, nacionalidad y religión, para proporcionarles tratamiento y asistencia médica. Recibió a pacientes provenientes del Hospital Divino Salvador, de San Hipólito y los epilépticos del Hospital de Texcoco, ya que estos fueron clausurados, con la creación de la Castañeda.

La construcción de ésta institución fue fundamental para la modernización de las instituciones de la salud mental en México, aunque los primeros años fue utilizado como centro de higiene pública, dado que eran enviados todo tipo de personas, que se consideraban como mala imagen del país, desde personas con síntomas de delirio alcohólico hasta mendigos.

La capacidad del Manicomio, fue sobrepasada rápidamente ya que, con la clausura de los hospitales se ocupó más de la mitad de su capacidad, por lo que al año siguiente, ésta se encontraba a su máxima capacidad.

A los enfermos se les dividía según su clase social en pensionistas distinguidos, de segunda clase y tercera; y según su calidad, en libres y en presos por orden de la autoridad, ya que éstos, también eran remitidos al hospital en caso de tener algún padecimiento para determinar si era verdadero o simulado.

Así mismo, estaban divididos en cuanto a su afección en :
Los pabellones de Distinguidos recibían a pensionistas de primera clase, sin distinción de padecimiento, los cuales contaban con habitación propia; los Pabellones de Observación destinados a los indigentes de segunda y tercera clase, al momento de ingresar, donde permanecían hasta que se les clasificaba; los toxicómanos se encontraban en un pabellón especial, mientras se les asignaba su pabellón, también contaban con el Pabellón de Peligrosos conformado por asilados violentos, impulsivos, al igual que presos peligrosos.

El Pabellón de Tranquilos, pertenecía a asilados de segunda o tercera clase con enfermedades mentales crónicas; el pabellón de "Imbéciles", recibía a personas con baja capacidad mental, que recibían el nombre de idiotas. También contaban con el Pabellón de Enfermería donde eran llevados los asilados que necesitaban cuidados médicos. El Pabellón de Infecciosos, atendía a asilados que padecían enfermedades infecto-contagiosas y por último el Pabellón de Epilépticos, que como su nombre lo dice, resguardaba a enfermos con ese padecimiento (Secretaría de Salud, 1992).

El Manicomio General de la Castañeda, tuvo muchas deficiencias, sobre todo por la falta de preparación del personal que laboraba en él, así como la falta de higiene dentro de la institución, carencia de recursos económicos para atender la gran sobrepoblación con la que contaba ya que atendían a personas provenientes de cualquier punto de la república. Debido a todos estos factores la Castañeda fue cerrada en el año de 1968 creándose diferentes hospitales psiquiátricos, como el Fray Bernardino Álvarez entre otros.

En esta Institución los tratamientos que eran utilizados para la histeria consistían en baños y violentas sesiones con agua fría varias veces al mes (Redalyc, 2000).

Hospital San Rafael

El 26 de Mayo de 1949 fue colocada la primera piedra del Hospital San Rafael, inaugurándose el 7 de noviembre de 1954.

La Clínica San Rafael se localizada en la colonia Tlalpan, en el D.F. y ha ocupado un sitio preponderante en el campo de la asistencia psiquiátrica desde 1954. Su reputación depende del alto nivel científico de su cuerpo médico, la

atención individualizada del enfermo mental y la filosofía asistencial que anima a la institución.

Dentro de sus objetivos principales, están la asistencia médica especializada a las personas que presenten trastornos psicopatológicos, tanto en consulta externa como en hospitalización, proporcionar una atención integral con recursos de la psiquiatría actual, con un enfoque interdisciplinario, la enseñanza a los diversos grupos de profesionales y técnicos interesados en el campo de la salud y enfermedad mental, la educación para la salud mental proyectada a diversos grupos de la comunidad, así como a los familiares de los enfermos, investigación clínica, epidemiológica y psicofarmacológica.

Las funciones principales son ofrecer servicio médico psiquiátrico y neurológico a pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años, facilitar al paciente un ambiente terapéutico que apoye su pronta recuperación, promover la participación de la familia en la rehabilitación del paciente.

En la clínica se han desarrollado varios programas preventivos, de rehabilitación, protocolos asistenciales, y

colaboración en investigación clínica farmacológica (Clínica San Rafael, 2006).

3.9 Instrumento.

Se diseñó una hoja de registro donde se anotaron los síntomas que fueron considerados para emitir el diagnóstico de histeria, así como sus antecedentes.

3.10 Procedimiento.

A.- Se diseñó la investigación con base en las expectativas, así como en función del material consultado previamente.

B.- Se obtuvieron los permisos tanto del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud como de la Clínica Psiquiátrica San Rafael, para tener acceso a la consulta de los expedientes clínicos.

C.- Revisión de Expedientes Clínicos de los lugares anteriormente mencionados.

D.- Selección de los Expedientes Clínicos que cubrían con los criterios de Inclusión, es decir que además de contar con el diagnóstico, reportan algún tipo de estudio (examen mental, historia clínica, exploración médica, análisis de laboratorio o reporte de cirugía) del paciente.

E.- Recopilación de datos, una vez seleccionados los expedientes se inició la recopilación de datos, para la cual se empleó la hoja de registro A-1, donde se anotó la fecha de ingreso, edad, sexo, estado civil, síntomas y diagnóstico.

F.- Clasificación de los síntomas con base en los Criterios del DSM-IVR del Trastorno de Conversión (300.11), Trastorno de Somatización (300.81), Trastorno Histriónico de la Personalidad (301.50), los cuales corresponden actualmente a los síntomas que antes era diagnosticado como Histeria. Tomando en cuenta estos Criterios de Diagnóstico, los síntomas se agruparon en las siguientes categorías:

1.- **Síntomas Conversivos:** síntomas reflejados físicamente, pero que tienen una relación con un conflicto o necesidad psicológica, se dividen en:

- 1a. Déficit Motor: dentro de estos se encuentran dificultad para caminar, problemas en la marcha...
- 1b. Crisis y convulsiones: Manifestadas por presión en zonas histerógenas, ataques o crisis histéricas, ataques por emociones y las caracterizadas por que el paciente escoge el lugar de la crisis.
- 1c. Síntomas o Déficit Sensoriales: dentro de estos se encuentran los problemas del lenguaje, anestesias, Parálisis, Parestesias, Disestesias, Mutismo, punzadas en alguna parte del cuerpo.
- 1d. Síntomas Seudoneurológicos: dentro de estos se incluyen, las alucinaciones (falsa percepción sensorial en ausencia de un estímulo externo, es una alteración del pensamiento), pérdida de conciencia (desmayos), alteración del sueño (insomnio o variación en el ciclo del sueño).

2. **Síntomas Somáticos:** síntomas físicos que empiezan antes de los 30 años, obligándose a asistir a ayuda médica, clasificándose en:

2a. Diferentes tipos de Dolores: dolores en cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación o la micción).

2b. Dolores Gastrointestinales: que además implican mareos, náuseas, vómitos.

2c. Alteración de la Sexualidad, representada por indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo.

3. **Síntomas Histriónicos:** Estos síntomas se caracterizan por un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, se agrupan de la siguiente manera:

3a. Actitudes Teatrales: descritas por comportamientos dramáticos y aparatosos, así como manifestaciones de una sexualidad exagerada.

3b. Exhibicionismo: se refiere al acto de mostrarse desnudo, de manera ostentosa o mostrar los órganos genitales de forma impulsiva y gratuita.

3c. Expresiones emocionales exacerbadas: definidas por características que incluyen expresiones emocionales de manera exagerada o subidas de tono, es decir, una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.

4. Otros:

4a. Problemas familiares.

4b. Bulimia: episodios de ingesta excesiva de comida, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y vómito provocado.

4c. Ciclotimia: es un trastorno del estado del ánimo, que cuenta con períodos de depresión repetitivos (fases depresivas) que se alternan con temporadas de gran euforia (fases maníacas).

G.- Elaboración de gráficas de frecuencias, haciendo una comparación intrínsecamente del porcentaje de todos los síntomas dentro del decenio.

H.- Análisis e interpretación de los resultados, para establecer su evolución, su prevalencia, modificación y/o disminución en los períodos ya mencionados.

I.- Finalmente se llevó acabo la elaboración del reporte.

RESULTADOS

Con la finalidad de analizar y facilitar la revisión de los síntomas tal como se mencionó en el objetivo, los datos se agruparon por decenios, tomando en cuenta las categorías de diagnóstico anteriormente mencionadas.

Se trabajó con una muestra total conformada por 164 expedientes Clínicos, de los cuales 127, pertenecen al período de 1910 a 1970 obtenidos del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (Manicomio General de la Castañeda) y 37 de la Clínica San Rafael correspondientes al período de 1980 al 2000.

La muestra total de expedientes Clínicos, se constituyó de la siguiente manera:

Período	Número De Expedientes
1910-1920	5
1920-1930	18
1930-1940	5
1940-1950	28
1950-1960	58
1960-1970	13
1980-1990	22
1990-2000	15
TOTAL	164

Cuadro 1. Distribución de expedientes por decenio.

Se realizó una comparación de los expedientes clínicos por edad, con el objetivo de identificar en que edad se encontraba un mayor número de expedientes clínicos.

Edades	Frecuencias	Porcentaje
Menores de 20 años.	37	22.56%
20 a 30 años.	74	45.12%
30 a 40 años.	28	17.07%
Mayores de 40 años.	25	15.24%
TOTAL	164	100%

Cuadro 2. Distribución de número expedientes clínicos por edad.

Como puede observarse en el cuadro anterior, entre los 20 y los 30 años se presentó el mayor número de expedientes, en tanto que el menor número correspondía al rango de mayores de 40 años.

De igual manera se llevó a cabo una comparación entre el número de los Expedientes Clínicos y el Sexo, obteniéndose una muestra mayor en el Sexo Femenino.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	147	89.64%
Masculino	17	10.36%
TOTAL	164	100%

Cuadro 3. Distribución de expedientes clínicos por sexo.

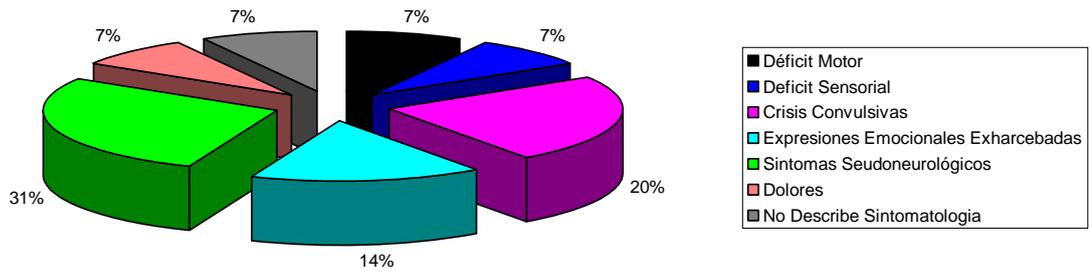
Este cuadro indica que el mayor número de expedientes correspondió al sexo femenino con un porcentaje del 89.64%, en tanto el sexo masculino obtuvo solamente el 10.63%.

EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

TABLA 1. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS SINTOMAS POR DECENIO.

Síntomas.	1910 1920		1920 1930		1930 1940		1940 1950		1950 1960		1960 1970		1980 1990		1990 2000	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Déficit Motor	2	7%	7	8%	4	14%	14	11%	27	10%	2	3%	9	8%	5	6%
Deficit Sensorial	2	7%	11	13%	4	14%	20	16%	39	15%	14	20%	7	6%	3	4%
Crisis Convulsivas	6	20%	11	13%	2	7%	14	11%	32	12%	12	18%	22	19%	9	11%
Expresiones Emocionales Exharcebadas	4	14%	5	5%	2	7%	17	14%	37	14%	8	12%	6	5%	16	19%
Síntomas Seudoneurológicos	9	31%	28	33%	6	20%	17	14%	23	9%	11	16%	18	16%	18	21%
Dolores	2	7%	5	6%	2	7%	3	2%	12	5%	2	3%	8	7%	1	1%
Alteraciones de la Sexualidad	2	7%	4	5%	2	7%	2	2%	12	5%	1	1%	6	5%	1	1%
Ansiedad	0	0%	2	2%	0	0%	5	4%	25	10%	6	9%	16	14%	10	12%
Gastrointestinales	0	0%	2	2%	0	0%	8	6%	0	0%	0	0%	6	5%	6	7%
Depresión	0	0%	2	2%	0	0%	3	2%	10	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Alteración del Sueño	0	0%	2	2%	2	7%	2	2%	11	4%	2	3%	3	3%	5	6%
Actitudes Teatrales	0	0%	7	8%	5	17%	17	14%	27	10%	8	12%	11	9%	9	11%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%	6	2%	2	3%	4	3%	1	1%
No describe sintomatología	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	27	100%	86	100%	29	100%	124	100%	261	100%	68	100%	116	100%	84	100%

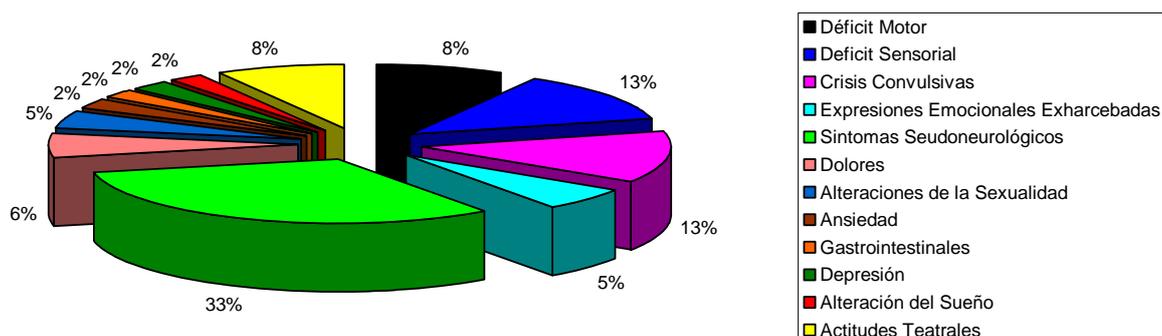
**Expedientes Clínicos
de
1910-1920**



Gráfica 1.

En esta gráfica se puede observar que los síntomas más frecuentes en este decenio fueron los síntomas seudoneurológicos (31%), dentro de estos síntomas se encuentran todas las alteraciones del pensamiento (alucinaciones), pérdida de la conciencia, pérdida del estado de alerta. En seguida se presentaron las Crisis Convulsivas (20%), seguido por las Expresiones Emocionales Exarcebadas (14%), los síntomas como Déficit Sensorial (7%), Déficit Motor(7%) y los Dolores(7%) tuvieron una menor representación.

**Expedientes clínicos
de
1920-1930**



Gráfica 2.

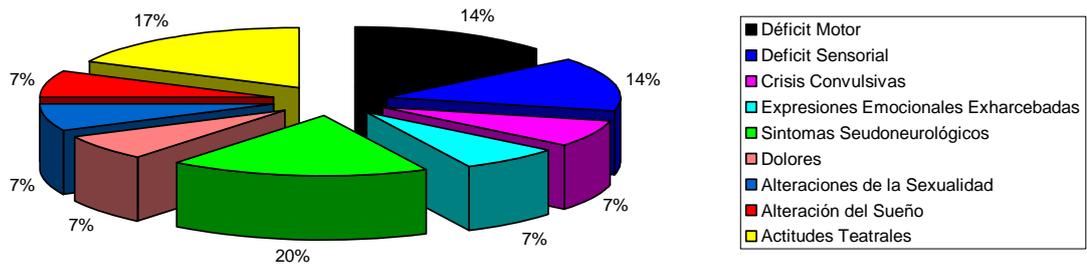
A partir de los expedientes clínicos revisados en este decenio, se obtuvo que los síntomas Seudoneurológicos se mantienen como los de mayor incidencia (33%). Seguidos por los Déficit Sensoriales (13%), dentro de éste, se incluyen los problemas del lenguaje, anestias, parálisis, parestias, disestias, mutismo, punzadas en alguna parte del cuerpo.

Las Actitudes Teatrales y el Déficit motor se presentan con el mismo porcentaje (8%). En tanto que las crisis convulsivas (13%) disminuyeron en relación con el decenio anterior.

En cuanto a las expresiones emocionales exacerbadas, en éste período, presentan una disminución (5%), a pesar de que el número de expedientes clínicos aumentó.

Así mismo podemos observar que la sintomatología aumenta considerablemente en este período según los expedientes clínicos.

**Expedientes clínicos
de
1930-1940**



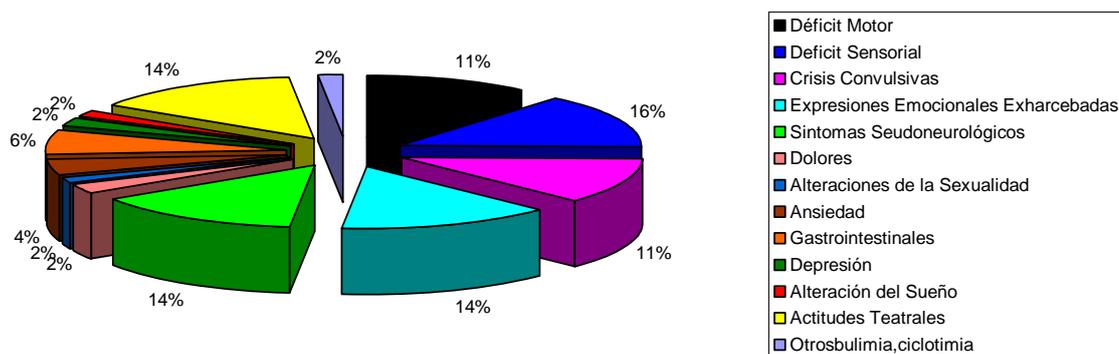
Gráfica 3.

Durante esta década los síntomas pseudoneurológicos (20%) continúan siendo los más representativos seguidos por las actitudes teatrales (17%), descritas por comportamientos dramáticos y aparatosos, así como manifestaciones de una sexualidad exagerada. Así mismo, se observa un porcentaje alto en Déficit Motor y Sensorial (14%).

Las Crisis Convulsivas (7%) continúan bajando, al igual que las Expresiones Exacerbadas Emocionales.

Los Dolores continúan teniendo una frecuencia media (7%).

**Expedientes clínicos
de
1940-1950**



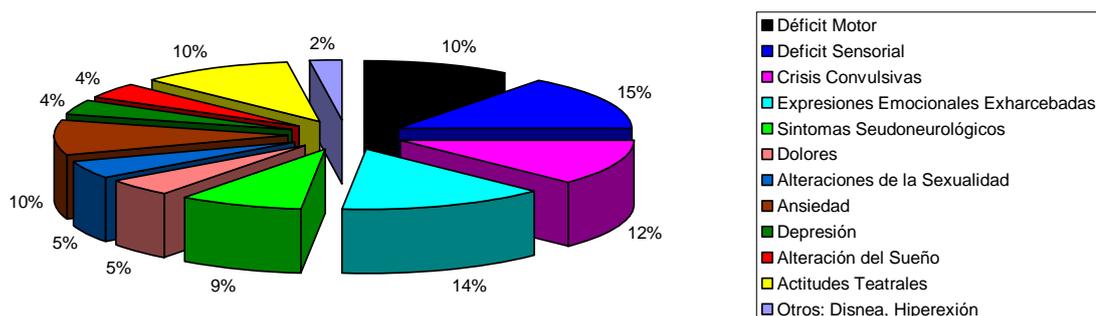
Gráfica 4.

En este periodo el Déficit Sensorial (16%) es el más frecuente, siguiéndole los síntomas Seudoneurológicos (14%). Las Actitudes Teatrales, ocupan un lugar preponderante (14%). Dentro de este último síntoma, se encuentran todas las características que incluyen expresiones emocionales de manera exagerada o subidas de tono, es decir, una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.

Las Crisis Convulsivas (11%) y el Déficit Motor (11%) alcanzan una frecuencia importante. Las Alteraciones de la Sexualidad (2%) comienzan a tener una presencia más significativa.

En tanto que las Expresiones Emocionales Exacerbadadas vuelven a presentar un incremento importante (14%) similar al decenio 1910-1920.

**Expedientes Clínicos
de
1950-1960**



Gráfica. 5

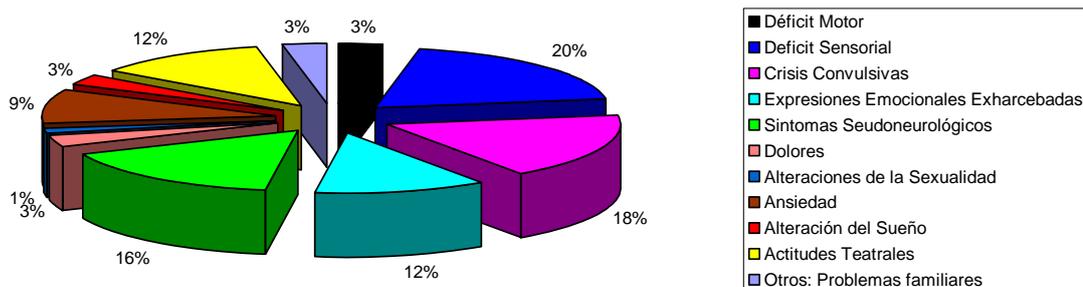
Por segundo decenio consecutivo, el Déficit Sensorial (15%) se presenta como el de mayor frecuencia. Cabe resaltar que los síntomas Seudoneurológicos (9%) que en los decenios anteriores había representado las incidencias más altas, en este período registró una considerable disminución.

Las Expresiones Emocionales Exacerbadas, mantuvieron la misma frecuencia que en el decenio anterior (14%), pero retomaron la importancia que manifestaron en el primer decenio del estudio ubicándose en el segundo síntoma más frecuente.

Las Actitudes Teatrales descienden considerablemente en comparación a los períodos anteriores (10%). En tanto que la Ansiedad que apenas se comenzaba a manifestar en la década anterior, en este período tiene un incremento importante(10%).

En cuanto a las Crisis Convulsivas después de haber disminuido rápidamente, se mantienen, como el decenio anterior en un papel moderado (12%)

**Expedientes Clínicos
de
1960-1970**



Gráfica 6.

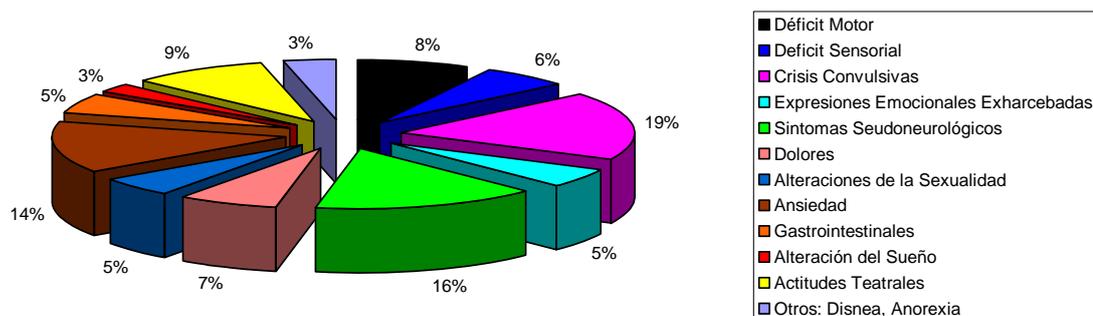
Los resultados indican que en este período y por tercera ocasión consecutiva, aunque mostrando un incremento, prevalece el Déficit Sensorial como el síntoma que más se presenta (20%). Enseguida aparecen las Crisis Convulsivas que vuelven a ocupar un sitio muy importante dentro de la sintomatología histerica (18%). Los síntomas Seudoneurológicos se presentan como el tercer síntoma en esta década, aunque con un porcentaje mayor que el decenio anterior (16%).

Las Actitudes Teatrales y las Expresiones Exacerbadas Emocionales se mantienen de manera persistente con el mismo porcentaje (12%).

La Ansiedad en esta década se vuelve a presentar como un síntoma constante (9%).

Cabe señalar que el Déficit motor que había sido un síntoma constante en los anteriores períodos, en este muestra una notable disminución (3%).

**Expedientes Clínicos
de
1980-1990**



Grafica 7.

Con respecto a este decenio los resultados refieren a las Crisis Convulsivas (19%) como el síntoma que ocupa el primer lugar. Así mismo, los síntomas Seudoneurológicos (16%), los cuales habían tenido un decremento considerado en los períodos pasados, en éste, retoman nuevamente su posición ubicándose como el segundo síntoma de mayor incidencia

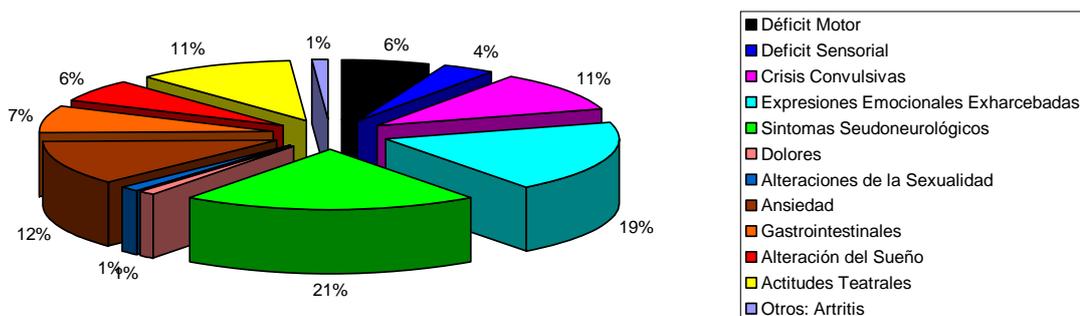
Por otro lado la ansiedad continúa ascendiendo, de tal manera que alcanza el tercer lugar en frecuencia (14%).

Tanto las Actitudes Teatrales (9%) como las Expresiones Emocionales Exacerbadas (5%) presentan una disminución, especialmente ésta última.

Con respecto al Déficit Motor se puede identificar que aunque se incrementa respecto al periodo anterior se vuelve a ubicar como síntoma de frecuencia moderada (8%).

Los síntomas Gastrointestinales, los cuales representan mareos, náuseas, vómitos (5%).

**Expedientes Clínicos
de
1990-2000**



Grafica 8.

Los síntomas Seudoneurológicos (21%) se vuelven a presentar como los más frecuentes. Enseguida se encuentran las Expresiones Emocionales Exacerbadas (19%), síntoma que tuvo fluctuaciones a lo largo del siglo.

Los síntomas Gastrointestinales se vuelven a presentar con un porcentaje elevado (7%) con respecto a los decenios anteriores. La Ansiedad, se mantiene constante, ostentándose como el tercer lugar como en el decenio anterior (12%).

Las Crisis Convulsivas (11%) vuelven a disminuir, aunque siguen ocupando un papel importante. Con respecto a las Actitudes Teatrales se observa que se mantienen más o menos constantes durante los decenios investigados (11%).

Resalta como el Déficit Sensorial (4%) disminuye drásticamente incluso por debajo del porcentaje que presenta en el primer decenio

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Mediante esta investigación verificamos, como desde el origen de la palabra Histeria, esta ha sido asociada principalmente con el sexo femenino, desde su definición etimológica que proviene del griego que significa matriz y del latín que significa útero.

A través del tiempo, la Histeria ha provocado el surgimiento de varias teorías para poder entender su origen y su tratamiento, catalogándola en un principio como producto de brujería, hechicería, de alteraciones en el útero, asociándola también a la falta de actividad sexual, a la retención del sangrado menstrual y al desplazamiento de la matriz. Fue hasta finales del siglo XVII, principios del siglo XVIII, cuando se habló de factores emocionales como una consecuencia desencadenada por la histeria, posteriormente se comenzó a abordar desde el punto de vista fisiológico, descartando así las ideas demoníacas y comenzando a identificar la personalidad Histórica; al paso del tiempo y debido al gran número de teorías acerca de su origen (Chauvelet, 1995), la Histeria fue adquiriendo desprestigio, vaguedad en su definición y en su diagnóstico, llegando al punto de que cualquier enfermedad de la cual no podían determinar su origen era considerada como Histeria, este fenómeno lo pudimos observar en los

expedientes del Manicomio General de la Castañeda correspondientes a las primeras décadas, pues el diagnóstico era dado sin tener una sintomatología descrita o la sintomatología descrita no correspondía a los criterios de diagnóstico de Histeria, y más bien éste era dado por la falta de información o de conocimiento acerca del padecimiento del paciente.

Fue Tomas Sydenham (Fenichel, 1966) quien asoció el origen que la histeria con una afección psíquica, rechazando la teoría uterina debido a que se presentaba tanto en hombres como en mujeres, pero refiriéndose a la histeria masculina como Hipocondría en un principio, pues después se determinó que eran padecimientos diferentes.

Posteriormente, Charcot (citado en Freud 1925), uno de los más grandes precursores de la Histeria, nos habla por primera vez del mecanismo de conversión de los síntomas histéricos y hace alusión al famoso ataque histérico mediante el cual, la histérica, revive sus recuerdos. Uno de los principales objetivos de Charcot era diferenciar el ataque epiléptico del histérico, debido a la gran confusión que causaba la histérica al mimetizar los síntomas de cualquier enfermedad, en este caso de la epilepsia, lo que originó que durante algún tiempo compartieran el mismo cuadro nosológico; a través de las observaciones se logró diferenciar ambos ataques, basándose en el área paralizada

y el grado de parálisis de las áreas afectadas; en la revisión de los expedientes clínicos se encontraron algunos que utilizaban el diagnóstico de histero-epilepsia, y otros que presentaban confusión con el diagnóstico de Epilepsia, los cuales no fueron tomados en cuenta para ésta investigación, debido a que no correspondían con nuestros criterios de inclusión.

Para Freud (1893) las histéricas fueron muy importantes, ya que él las considera como las creadoras del psicoanálisis, ellas anhelan ser escuchadas, necesitan alguien a quien contarle sus infortunios, sus vivencias, sus quejas, alguien que les dé la atención deseada, y el psicoanalista cumple esa función al querer escucharlas, entre ellos existe una reciprocidad cuando entra en acción la dinámica de la queja, la escucha y la interpretación. Interpretación que posteriormente cuestionarán para poder conservar su deseo insatisfecho.

Freud trata de buscar la etiología de la Histeria, por lo que concibe dos teorías, la primera llamada la teoría del trauma, la cual consiste en que el niño al ser seducido sexualmente por un adulto de forma inesperada, genera una demasía de afecto, la cual no es liberada por medio de la angustia sino reprimida, lo que origina un trauma. Posteriormente, Freud elabora la teoría del fantasma, en la cual hace algunas modificaciones a su primer teoría, en

ésta nos menciona que el niño no tuvo que pasar por una seducción real forzosamente, sino pudo solamente ser una representación, un paso entre el deseo y el goce, culminando en el Complejo de Edipo, ya que considera que el origen de toda neurosis radica en éste, en su estructura psíquica; esta demasía de afecto es convertida en un síntoma histérico, el cual expresa un deseo inconsciente, mediante éste se llevan a cabo las fantasías, ya que por un lado existe un deseo pero al mismo tiempo lo reprime, es decir hay una contraposición de los afectos, lo que al generar tanta demasía de afecto, produce la conversión. Mediante éste mecanismo, la histérica reproduce el dolor en el síntoma, viviendo una situación ambivalente, es decir, que le causa placer pero al mismo tiempo dolor, funcionando como una amenaza del porque no debe entregarse a una situación placentera. Manifestándose mediante diversos síntomas como crisis, amnesias, dolores, parálisis, anorexia y bulimia, es decir, mediante el lenguaje del cuerpo, en la histérica su cuerpo habla y representa lo que ella no puede decir, lo que ella mantiene reprimido, hace consciente lo inconsciente, mediante el mecanismo de conversión. Lo que la histérica anhela con máxima intensidad en sus fantasías es justamente aquello que evade en la realidad.

Actualmente, la anorexia y la bulimia debido a los cambios socioculturales han tomado mayor presencia, pero han sido

consideradas como trastornos aislados y no como una sintomatología propia de la Histeria, hecho que se observó durante el análisis de resultados en donde estos trastornos hacen su aparición a partir de la década de los 50's. Pero en realidad estas perturbaciones se han presentado siempre, sólo que no eran tan frecuentes, y eran considerados como padecimientos aislados, a través de la revisión bibliográfica se podría estimar que son dos síntomas primitivos de la Histeria, interpretándose como un rechazo al cuerpo y a la sexualidad adulta, a través de éstos se procura conservar el amor infantil y cuando la privación de alimento no es suficiente, continúan buscando insaciablemente éste tipo afecto (maternal), presentándose hacia los demás con una actitud seductora y sobreerotizada que confunde a los otros, pues ellos la consideran como una sexualidad adulta.

Como lo explica Lacan (Dor, 1991), la histérica se vestirá con los ropajes fálicos para mostrarle al mundo y a ella misma, que es la portadora de tan preciado objeto (el falo); la histérica querrá siempre cubrir el deseo que ella supone en el otro, por lo que realizará y entregará todo lo que esté a su alcance para llenar esta falta.

Los criterios de diagnóstico para la Histeria se han ido modificando con el paso del tiempo, debido al descrédito en que cayó el término Histeria, por lo que actualmente en

los Manuales de Diagnóstico como son el DSM-IV y el CIE-10 no se encuentra el trastorno de Histeria como tal, sino que corresponde a los siguientes trastornos:

Trastorno Conversivo, Trastorno de Somatización, Trastorno Histriónico de la Personalidad y Trastorno Disociativo (Zukerfeld, 1996); debido a esto en los expedientes clínicos de finales de siglo, ya no se encontró el diagnóstico de Histeria de manera aislada, por lo que se tomaron en cuenta los Criterios de Diagnóstico antes mencionados.

El análisis de resultados, mostró que la mayoría de los expedientes clínicos encontrados correspondían a las edades que van de menores de 20 a 30 años, debido a que en esta etapa (juventud temprana), es cuando los síntomas histéricos se hacen notorios, posteriormente se vuelven a mostrar cuando la persona se siente amenazada, frente a una situación de peligro o al presentar una de demasía de afecto, siguiendo esta observación el menor número de expedientes clínicos, se encontró a partir de los 40 años.

Así mismo, la mayor parte de los expedientes clínicos hallados corresponden al periodo de 1950-1960, perteneciendo en su mayoría al sexo femenino y una mínima parte al sexo masculino.

El análisis de datos reveló que los síntomas como tal no han cambiado, sino que han transmutado es decir, se han adaptado a las pretensiones de la sociedad actual; para explicar esto podemos recurrir a un ejemplo que se muestra claramente en las gráficas de resultados, los síntomas sensoriales (parálisis), comunes en los primeros decenios disminuyen considerablemente a partir de 1980, posiblemente porque a partir de que la mujer tiene una participación más activa en el ámbito laboral debido a las necesidades económicas y a la autosuperación, no se puede permitir el paralizarse por completo, ya que las consecuencias de esto, repercutirían en su nivel de vida, en la actualidad la ganancia secundaria ya no se presenta de la misma manera, pues los cuidados requeridos demandan que otra persona se inhabilite igual que ella y la pérdida sería mayor.

El caso opuesto se observa en el comportamiento de la ansiedad como síntoma histérico, el cuál ha ido aumentando a partir de la década de los 60's factiblemente a los criterios de Diagnóstico, los cuales lo consideran incluso como un trastorno, así mismo los nuevos hábitos adquiridos, para cumplir con las necesidades de cada individuo, generan una situación de estrés y ansiedad por la incertidumbre de no ser capaz de satisfacerlas.

Otros síntomas que destacaron en los resultados fueron los pseudoneurológicos, pues a pesar de la diferencia en el

número de expedientes clínicos en los diversos decenios, éste se ha mantenido presente a través del tiempo.

En el decenio que corresponde de 1910 a 1920, se observó que los Síntomas Seudoneurológicos son los más predominantes, con un 31%; seguido por las Crisis Convulsivas con un 20%, estos síntomas han sido considerados desde Charcot, como característicos y de la Histeria, debido a que dentro de las fases del ataque histérico descritas por este autor, se encuentra la fase de actitudes pasionales, en la cuál la Histérica pasa por una fase alucinatoria al revivir un recuerdo importante y lo evocaba a la conciencia a través de alucinaciones manifestadas como sacudidas epileptoideas.

Durante el decenio de 1920 a 1930, los síntomas Seudoneurológicos continúan siendo los predominantes, con un 33%, seguido por los síntomas que corresponden al Déficit Sensorial con un porcentaje del 13%, disminuyendo las Crisis Convulsivas (13%).

En el decenio de 1930 a 1940 sobresalen los síntomas Seudoneurológicos (20%), las actitudes Teatrales (17%) y el déficit Motor (14%) y las Crisis Convulsivas continúan bajando (7%).

En la década de 1940 a 1950, el déficit sensorial ocupó el porcentaje más elevado (16%), debido a que en esa época, estos síntomas, condicionaban ciertos cuidados y atenciones, es decir, la ganancia secundaria que representaba, aun era remunerativa para el paciente. Seguido por las actitudes teatrales y las emociones exacerbadas (14%), debido a que se empieza a dar mayor importancia a los aspectos emocionales, (en el sentido de llamar la atención y ser los más exclusivos o llamativos para el médico). El déficit Motor baja (11%) y las Crisis Convulsivas aumentan en comparación con el decenio pasado (11%).

Durante el decenio de 1950 a 1960 destacan el Déficit Sensorial (15%) y las Expresiones Emocionales Exacerbadas (14%), disminuyendo las Actitudes Teatrales (10%) y los Síntomas Seudoneurológicos (9%).

En el decenio de 1960 a 1970 el Déficit Sensorial (20%) y las Crisis Convulsivas (18%) ocupan los porcentajes más altos y vuelven a retornar los Síntomas Seudoneurológicos (16%). El Déficit Motor se ubica como uno de los porcentajes bajos (3%).

Durante la década de 1980 a 1990 se mantienen como los síntomas más predominantes las Crisis Convulsivas (19%) y los Síntomas Seudoneurológicos (16%) como los más

importantes. Es en esta década donde la Ansiedad ocupa el porcentaje más alto en comparación con las décadas anteriores (14%), posiblemente debido a las exigencias que impone la sociedad moderna. En cuanto al Déficit Sensorial (6%) presenta una disminución y el Déficit Motor se mantiene con uno de los porcentajes más bajos (8%).

En el decenio de 1990 a 2000 vuelven a predominar los síntomas Seudoneurológicos (21%), las Expresiones Emocionales Exacerbadas (19%) y Ansiedad (12%), así como las Actitudes Teatrales (11%) por el contrario el Déficit Sensorial (4%) que se mantiene dentro de los menos incidentes.

Con referencia a los síntomas gastrointestinales, estos cobran una importancia significativa a partir de la década de los 70's, pues anteriormente su presencia era casi nula. Lo mismo se puede decir de los síntomas que corresponden a la alteración de la sexualidad, los cuales se hicieron más frecuentes a partir de los 60's, y en la última década tuvieron una notable disminución probablemente a los diversos tratamientos existentes en la actualidad que prometen mejorar la vida sexual y su desempeño.

Se puede observar que los rasgos característicos de la Histeria como son los síntomas Seudoneurológicos, las

Actitudes Teatrales y Expresiones Emocionales Exacerbadas se han mantenido a lo largo de todas las décadas.

Estos síntomas son particulares de la Personalidad Histórica, la Histórica busca seducir, teatraliza y exagera sus emociones para captar la atención del Otro, el cual muchas veces confunde su conducta con una conducta sexual adulta, la cual no se halla en la histórica, ya que esta seduce pero sin llegar a la relación sexual. Es decir, mediante su comportamiento busca la atención y los cuidados de una madre, no de un hombre con el cual ella pueda gozar y él gozar de ella, ya que como lo hemos indicado su deseo se encuentra insatisfecho, carece de una identidad propia, por lo que se maneja en su entorno siguiendo modas, ideas, disfrazándose en sus relaciones interpersonales, fingiendo ser una persona que no es, con tal de obtener continuamente una ganancia secundaria, todo esto a un nivel inconsciente.

Un evento muy importante sucedido en nuestro país, que recientemente llamó la atención a nivel mundial, y el cual ilustra la plasticidad de los síntomas y su adaptación a la época, es el caso de las niñas internadas en Villa de las Niñas, las cuales presentaron diversos síntomas, como fiebre, dolores musculares, pero el más relevante fue la parálisis que les provocó imposibilidad para caminar, por los reportes dados por las autoridades en salud, se pudo concluir que se trataba de una histeria colectiva. Las

características que se mencionaron como probables motivos de esta sintomatología, fueron las estrictas medidas de conducta y de formación dentro del plantel, además de la aplicación de castigos excesivos y la falta de afecto hacia las internas del plantel, en conjunto con esto se encuentran las arraigadas creencias religiosas que se les obligaba a profesar. En un principio se manejó la hipótesis de que era una epidemia, pero al realizar una serie de pruebas de laboratorio y exploraciones físicas se llegó a la conclusión de que su origen era psíquico, es decir, un padecimiento psicossomático. Estas niñas vivían en un ambiente de soledad, de carencia de afecto, en un ambiente lleno de restricciones, de ideologías no acordes con nuestra época, con creencias religiosas muy arraigadas, la mayoría de estas niñas estaban entrando en la pubertad y en la adolescencia donde empiezan a buscar su identidad, a mostrar la curiosidad por temas relacionados a la sexualidad, y en un ambiente tan restrictivo, tan cargado de angustia que ellas no podían liberar, encontraron salida en sus cuerpos, mediante el lenguaje corporal, valiéndose de la conversión. De ésta forma se puede constatar la plasticidad de los síntomas, este síntoma de parálisis como ya se había mencionado, disminuyó su presencia considerablemente a partir de los 80's, apareciendo aparatosamente nuevamente en este internado en el que pareciera que vivían en una época muy anterior a la actual.

A modo de conclusión, a través de esta investigación y mediante la revisión y análisis de los expedientes clínicos con diagnóstico de Histeria, se realizó un análisis de los síntomas, que son característicos de la histeria. El objetivo del estudio fue identificar sus movimientos a través del tiempo, desde la aparición del primer gran Manicomio en nuestro país, hasta lo más actual posible. A la par de la revisión de manuales para su diagnóstico y con base en la revisión bibliográfica, constata que los síntomas de la Histeria han sufrido variaciones desde Charcot a nuestra época. Varían según el contexto sociocultural, siguiendo modas, los avances de la medicina, adquiriendo el carácter de plasticidad, moldeándose dependiendo de la época y adaptándose a las exigencias del medio en que se presentan; sin embargo su etiología, es decir, la estructura psíquica sigue siendo la misma conservando sus mecanismos básicos de instalación, puntos de anclaje en el Edipo, mecanismos de defensa, y su búsqueda insaciable de respuesta a la pregunta ¿Qué es ser una mujer? (pregunta histérica), así como el lograr a toda costa, por medio de la economía de su deseo, mantenerlo insatisfecho, pues de esta manera logrará tenerlo por siempre.

El surgimiento de nuevas maneras de denominar a la histeria como enfermedad, se debe a la complejidad que ésta misma

fue exigiendo, esto nos remite a preguntarnos ¿Si en la actualidad los criterios diagnósticos cubren o no la naturaleza y el tratamiento de esta patología?, provocando que la histérica al ir en busca de tratamiento solamente oscile entre la duda de ser un paciente psiquiátrico y un paciente neurológico, pues la histeria, precisamente por su psicoplasticidad, se enunciaba en una infinidad de expresiones clínicas. Su eliminación de los códigos diagnósticos determinó que su realidad fuese fragmentada en diversos síndromes o conjuntos sintomáticos, lo que originó una vuelta al pasado con una división en "psíquica" o de trastornos disociativos, y "somática" o de trastornos conversivos, aunado a esto cabe señalar que los pacientes histéricos van de médico en médico, en las diversas y en algunos casos eclécticas ramas que ofrece el área de la salud en busca de una cura parcial, pero llevando consigo el deseo inconsciente de no asumir su falta y por tal motivo hacer fracasar el tratamiento.

Atribuimos que la histeria ha sido una enfermedad mal deducida y por lo tanto mal comunicada, por los dadores de salud en la actualidad, lo que se hace evidente en su nueva denominación y casi desaparición de los manuales clínicos.

Aunque los síntomas histéricos se manifiestan de diversas formas y frecuencias, constituyen el fondo permanente de la neurosis Histérica.

Siguiendo con la sintomatología hallada a lo largo de la investigación, se puede concluir que los síntomas histéricos prevalecen, disminuyen y/o, incluso se puede hablar de una evolución en el sentido de que aumentan dependiendo de la época en que se presentan, de su contexto histórico y social, de su funcionalidad en cuanto a la ganancia secundaria, pero eso sí, conservando su estructura psíquica y su característica de plasticidad.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Una de las limitaciones en la investigación, fue la carencia de expedientes clínicos en la década que cubre de 1970 a 1980, por el acceso denegado por parte de la Clínica Psiquiátrica San Rafael, a pesar de esto, gracias a que la muestra es amplia pudimos prescindir de este decenio.

La diversificación y dispersión de los síntomas por diferencia en datos, grupos de edad y sexo debido a las características del trastorno histérico.

La diferencia en el número de expedientes en cada periodo, lo ideal hubiera sido que se tuviera la misma cantidad por decenio, aun así, debido a que el estudio es histórico y bibliográfico el material obtenido es relativo a lo que encontró.

Así como la utilización de los criterios diagnósticos actuales para clasificar los síntomas, debido a la falta de información acerca de los criterios utilizados en cada época.

La investigación de los acontecimientos ocurridos en el internado Villa de las Niñas podría servir para ampliar y conocer más acerca de la Histeria.

Al conocer y considerar a la histeria como estructura, se puede implementar tratamientos más integrales, tomando en cuenta la parte psíquica como la base fundamental de la sintomatología histérica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bleichmar, H. (1984). *Introducción al estudio de las perversiones*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Braunstein, N. (1990). *Goce*. México: Siglo XXI.

Bloch, H. (1996). *Gran Diccionario de Psicología*. Argentina: Ediciones del Prado

Chauvelot, D. (1995). *Historia de la histeria*. Madrid: Alianza Editorial.

Chemama, R. (1995). *Diccionario del psicoanálisis*. Argentina: Editores Amorrortu.

De Krell I. (1991). *La escucha histórica*. Buenos Aires: Páidos.

Dor, J. (1991). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Evans, D. (1987). *Diccionario de Introducción al psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ey, H. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Masson.

Fenichel, O. (1966). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. México: Editorial Páidos.

Freud Sigmund (2003). *Estudio sobre la Histeria*. Obras Completas compilado por Angela Richards.-1º ed. 7º reimp.- The Standard edition of the complete- psychological Works of Sigmund Freud (vol.2). Buenos Aires: Amorrortu

(Trabajo original publicado en 1895).

Freud Sigmund (2003). *Primeras publicaciones Psicoanalíticas*. Obras Completas compilado por Angela Richards.-1º ed. 7º reimp.- The Standard edition of the complete- psychological Works of Sigmund Freud (vol.3). Buenos Aires: Amorrortu

(Trabajo original publicado en 1899).

Freud Sigmund (2003). *La interpretación de los Sueños*. Obras Completas compilado por Angela Richards.-1º ed. 7º reimp.- The Standard edition of the complete- psychological Works of Sigmund Freud (vol.4). Buenos Aires: Amorrortu

(Trabajo original publicado en 1900).

Freud Sigmund (2003). *Fragmento de análisis de un caso de Histeria*. Obras Completas compilado por Angela Richards.-1° ed. 7° reimp.- The Standard edition of the complete- psychological Works of Sigmund Freud (vol.7). Buenos Aires: Amorrortu

(Trabajo original publicado en 1905).

Freud (2003). *El delirio y los sueños en la Gradita de W, Jensen y otras obras*. Obras Completas compilado por Angela Richards.-1° ed. 7° reimp.- The Standard edition of the complete- psychological Works of Sigmund Freud (vol.9). Buenos Aires: Amorrortu

(Trabajo original publicado en 1908).

Freud Sigmund (2003). *Conferencias de Introducción al psicoanálisis Parte I y II*. Obras Completas compilado por Angela Richards.-1° ed. 7° reimp.- The Standard edition of the complete- psychological Works of Sigmund Freud (vol.15). Buenos Aires: Amorrortu

(Trabajo original publicado en 1916).

Freud Sigmund (2003). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis Parte III*. Obras Completas compilado por Angela Richards.-1° ed. 7° reimp.- The Standard edition of the complete- psychological Works of Sigmund Freud (vol.16). Buenos Aires: Amorrortu

(Trabajo original publicado en 1917).

Freud Sigmund (1892). *Estudios sobre la Histeria*. Obras Completas Tomo I. Madrid: Nueva Alianza.

Freud Sigmund (1900). *Análisis Fragmentario de una Histeria*. Obras Completas Tomo III. Madrid: Nueva Alianza.

Gaytan Bonfil Guillermo. (2001). Tesis de Licenciatura: El Diagnostico del la Locura en el Manicomio General de la Castañeda. Facultad de Psicología. UNAM.

Hereford Bertha Lilia (1969). Tesis de Licenciatura: El concepto de Histeria a través del tiempo. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. DIRECTOR

Hernández, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Israel, L. (1979). *La histeria, el sexo y el médico*. España: Masson.

Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento*. Madrid: McGraw-Hill.

Lacan, J. (1956). *Para que sirve el mito*. Seminario IV, XV. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1956). *Seminario IV, II. Las tres formas de la falla de objeto*. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1956). *Seminario IV, V. Del análisis como bulding y sus consecuencias*. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1956). *Seminario IV, IX, la función del velo*. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1956). *Seminario IV, VIII, Dora y la joven homosexual*, Argentina: Editorial Paidós.

Langer, M. (1978). *Maternidad y Sexo*. Estudio psicoanalítico y Psicósomático. México: Paidós.

Mancilla M. (2001) *Locura y mujer durante el Porfiriato*. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.

Mayer, H. (1986) *Histeria*. Buenos Aires: Paidós.

Nasio, D. (1991). *El dolor de la Histeria*. Buenos Aires: Paidós.

Othmer, E. (2001). *Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. España: Editorial Masson.

Pérez, H. (1998). *El teatro de las Histéricas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Valdés, M. (1996). *Diccionario de Psiquiatría*. España: Masson.

Warren, H. (1975). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Wolman, B. (1965). *Handbook of clinical psychology*. México: Mc Grow-Hill.

Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos aires: Paidós.

ARTICULOS CIENTIFICOS

Lazare y col. (1996) *Oral obsessive and Histerical Personality patterns*, Arch, Gen. Psychiatry, n°14 p.624-630.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

Álvarez Maria (2006). Cuadernos de psiquiatría comunitaria. Vol.6, num. 2 Pág. 111-120. Recuperado el 20 de mayo del 2007.

www.asoc-aen.es/web/docs/cuadernos6.2.pdf.com

APA Divison 10 (2006) Recuperado el 27 de septiembre del 2007.

<http://www.apa.org/divisions/div10/>.

Glosario Histeria. Pág. 6. (2007). Recuperada el 24 de agosto del 2007.

www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Glosario/H/HISTERIA.htm?pagina=6

Sánchez Valenzuela (2001) Epilepsia: mito o realidad. p. 1 Recuperado 14 de diciembre del 2006.

http://www.geomundos.com/salud/epilepticoslibres/epilepsia-mito-o-realidad_doc_124.html

Clínica San Rafael Historia (2006) Recuperada el 6 de enero del 2007.

www.clinicasanrafael.com.mx/docencia.htm - 18k

Cerra Pinto Ignacio (2006) Revista Chilena de literatura num. 68 Pág. 241-260. Recuperada el 8 de abril del 2007.

www.dif.gob.mx/gruposvulnerables/media/prog.de%20accion%20de%20salud%2001%202

REFERENCIAS DE LOS EXPEDIENTES CONSULTADOS

Manicomio General *Guía del fondo del Manicomio General de la Castañeda*. México: Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (AHSSA). Fondo Manicomio General. Sección: 23 guías.

Contiene información acerca de todos los documentos administrativos, clínicos, y civiles con los que cuenta el archivo.

Manicomio General *Catálogo sistemático de los asilados en expresión de nombre, fecha de ingreso y clasificación de expedientes*. México: Archivo histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (AHSSA) Fondo Manicomio General- Sección Guías. Contiene un nombre numérico y cronológico los nombres de los asilados que ingresaron al manicomio desde septiembre de 1910 a 1968, siendo un total de 103 libros.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 2296- México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja-----.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 40 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja-----.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 3949 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja----- Expediente ---.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 4733 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja-----.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 115 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja-----.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 4345 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 20. Expediente 20.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 4345 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 66. Expediente 20.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 7110 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 20. Expediente 11.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 2426 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 36. Expediente 4.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 8080 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 139. Expediente 30.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 8080 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 139. Expediente 30.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 7194 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 121. Expediente 44.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 7581 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja --. Expediente 28.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 7415 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia

(AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 126. Expediente 16.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 9124 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 160. Expediente 24.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 8145 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 140. Expediente 46.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 8928 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 156. Expediente 28.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 8899 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 155. Expediente 49.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 9505 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 168. Expediente 6.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 9505 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 168. Expediente 6.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 8851 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 155. Expediente 1.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 9550 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 168. Expediente 50.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 9553 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 169. Expediente 3.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 10778 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 192. Expediente 22.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 11359 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 205. Expediente 9.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 11359 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 205. Expediente 9.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 13770 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 252. Expediente 20.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 15035 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 278. Expediente 35.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 15035 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 278. Expediente 35.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 14731 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 271. Expediente 31.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 19757 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia

(AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 373. Expediente 7.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 21004 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 398. Expediente 5.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 23094 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 439. Expediente 42.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 24719 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 472. Expediente 19.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 27844 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 534. Expediente 43.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 27918 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 536. Expediente 17.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 29318 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 534. Expediente 17.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 29061 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 559. Expediente 11.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 29824 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 574. Expediente 53.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 31567 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 609. Expediente 16.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 31345 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 42. Expediente 42.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 33067 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 639. Expediente 17.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 32217 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 622. Expediente 15.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 33806 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 654. Expediente 5.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 34222 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 662. Expediente 21.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 33620 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 650. Expediente 50.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 34248 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 662. Expediente 46.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 34895 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia

(AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 663. Expediente 42.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 34148 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 660. Expediente 46.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 34855 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 675. Expediente 5.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 35100 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 679. Expediente 48.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 35118 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 680. Expediente 18.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 35513 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 688. Expediente 13.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 35140 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 680. Expediente 37.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: --- México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 702. Expediente 20.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 35100 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 679. Expediente 48.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 37320 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 724. Expediente 18.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 37480 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 727. Expediente 29.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 37454 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 727. Expediente 4.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 37390 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 725. Expediente 40.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 40794 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 793. Expediente 40.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 38040 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja ---. Expediente 37.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 38021 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 738. Expediente 19.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 38124 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 740. Expediente 22.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 38129 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia

(AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 740. Expediente 27.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 38281 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 793. Expediente 29.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 38832 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 754. Expediente 30.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 38995 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 757. Expediente 43.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 39552 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 767. Expediente 2.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 39675 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 771. Expediente 25.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 39285 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 163**. Expediente 35.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 39687 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 771. Expediente 35.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 40845 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 794. Expediente 43.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 40448 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 787. Expediente 48.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 42051 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 819. Expediente 1.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 42376 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 825. Expediente 24.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 42430 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 826. Expediente 28.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 42645 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 836. Expediente 44.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 43837 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 834. Expediente 35.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 44267 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 863. Expediente 16.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 43446 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 846. Expediente 45.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 43128 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia

(AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 840. Expediente 28.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 43446 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 846. Expediente 45.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 43817 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 854. Expediente 16.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 44308 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 864. Expediente 7.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 44376 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 865. Expediente 26.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 43492 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 847. Expediente 42.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 43492 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 847. Expediente 42.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 44567 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 869. Expediente 60.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 44571 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 869. Expediente 21.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 44914 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 876. Expediente 13.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 44863 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 875. Expediente 3.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 45352 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 885. Expediente 2.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 45413 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 886. Expediente 13.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 45432 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 886. Expediente 32.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 45572 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 887. Expediente 20.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 45944 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 896. Expediente 41.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 46233 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 902. Expediente 32.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 47209 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 422. Expediente 9.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 47306 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 924. Expediente 5.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 46632 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 910. Expediente 34.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 47506 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 928. Expediente 6.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 48468 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 947. Expediente 16.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 48816 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 954. Expediente 15.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 49022 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 958. Expediente 4.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 49019 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 958. Expediente 18.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 49107 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia

(AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 960. Expediente 7.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 47589 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 929. Expediente 35.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 48064 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 939. Expediente 15.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 48128 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 990. Expediente 28.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 48413 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 946. Expediente 13.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 49280 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 963. Expediente 23.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 50055 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 979. Expediente 5.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 49890 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 975. Expediente 36.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 50199 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 981. Expediente 47.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 50472 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 987. Expediente 22.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 50497 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 987. Expediente 46.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 50780 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 993. Expediente 29.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 50904 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 996. Expediente 4.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 53856 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1053. Expediente 5.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 54693 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1069. Expediente 39.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 54241 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1060. Expediente 38.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 54784 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1071. Expediente 30.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 54885 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia

(AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1073. Expediente 34.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 55518 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1086. Expediente 14.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 57083 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1117. Expediente 30.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 55647 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1088. Expediente 44.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 57699 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1129. Expediente 42.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 58192 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1139. Expediente 37.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 58247 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1140. Expediente 38.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 58465 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1145. Expediente 12.

Expedientes, Manicomio General. Expediente clínico de asilados correspondiente al número: 59788 México, Mixcoac; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y Asistencia (AHSSA). Sección de Expedientes clínicos Manicomio General Caja 1171. Expediente 33.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 173-80 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 42-80 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 159-83 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 116-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 541-85 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 553-85 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 554-85 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 587-85 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 583-85 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 597-85 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 56-83 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 110-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 444-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 444-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 447-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 489-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 496-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 652-88 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 81-1989 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 91-89 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 724-89 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 753-89 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 645-89 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 442-91 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 065-92 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 199-93 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 047-93 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 551-94 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 200-95 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 122-96 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 074-96 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 078-96 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 632-93 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 177-94 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 181-94 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 510-99 México, Insurgentes.

Expedientes, Clínica San Rafael. Expediente clínico correspondiente al número: 90-2000 México, Insurgentes.