

HOSPITAL CALIXTO GARCIA — POLICLINICO 9 DE ABRIL

Estudio de los síntomas de la histeria en un grupo de cubanos

Por el Dr.:

HIRAM CASTRO-LÓPEZ(*)

Castro-López, H., *Estudio de los síntomas de la histeria en un grupo de cubanos*. Rev Cubi. Med. 10: 6, 1971.

La enfermedad psiquiátrica está influida en gran medida por el medio cultural en que se desarrolla, dando modalidades características de cada cultura. Al no tener una monografía adaptada a nuestro pueblo se impone la investigación de los síntomas y modalidades clínicas propias de éste. En este trabajo se hace un estudio de los síntomas de la histeria en un área del Regional Centro Habana en el segundo semestre de 1970.

Es de todos sabida la importancia que tiene en medicina conocer el lugar de procedencia de un enfermo, ya que en cada región puede haber enfermedades características o tomar éstas formas determinadas; por ej. el cretinismo endémico o un determinado parasitismo. Pero es en la psiquiatría donde este dato reviste la mayor importancia, teniendo en cuenta la gran influencia del medio social en la estructuración de la personalidad, hecho que llamó la atención de los psiquiatras de la Escuela Cultural³ y los llevó a aportaciones tales como el carácter social de *E. From*, que era para él el núcleo esencial de la estructura del carácter de la mayoría de los miembros de un grupo, núcleo que se ha desarrollado como resultado de las experiencias básicas y los modos de vida comunes al grupo mismo; y la personalidad básica de *A. Kardiner*, que es la parte o confi-

guración de la personalidad común a los miembros de una sociedad, los distingue de otros grupos sociales y puede ir variando en la medida que se produzcan cambios en la estructura de dicha sociedad.

De lo anterior se impone que al determinar la personalidad, la patoplastia de la enfermedad psiquiátrica, y en algunos casos la enfermedad misma, estará condicionada en gran parte por los patrones de la sociedad en la cual se desarrolla el paciente (al determinar ésta la personalidad) e incluso irá variando sus características dentro de una misma sociedad acorde con los cambios que se produzcan en ella.

A todo esto, añadimos que nuestra información o procede de textos extranjeros o se basa en datos y experiencias extranjeros en su mayoría, por lo que provendrá de pueblos con cultura y desarrollo diferentes a los nuestros; es

*Residente de Psiquiatría del Hospital Calixto García.

evidente el choque que se produce entre nuestros conocimientos teóricos y la experiencia práctica.

Como la producción psiquiátrica es en su mayoría europea o norteamericana, se ha originado en Africa (*Collomb, Lambo*) y en América (*Bustamante, Seguía, Witkover, Marconi, Barrientes* etcétera) un movimiento para estudiar estos problemas y hacer una psiquiatría adaptada a los requerimientos y enfermedades de cada país, la cual por su notable influencia cultural ha sido llamada "Psiquiatría Transcultural", existiendo en nuestra Academia de Ciencias un Departamento de Psiquiatría Transcultural en el Instituto correspondiente.

De toda la patología psiquiátrica hemos enfocado nuestra atención en la histeria, por considerar que teniendo en cuenta la gran sugestibilidad, poca consistencia y gran variabilidad de su personalidad, es la enfermedad que va a estar más influida por el medio social y los cambios producidos en él. Tenemos abundantes ejemplos en la historia: las epidemias de corea histérica llamadas baile de San Vito y tarantelas y las manifestaciones de histéricas que se decían brujas y creían que volaban en escobas y tenían contacto con el diablo, sugerido esto por las influencias religiosas de la época (la Edad Media). También son ejemplos los cuadros de agitación de naturaleza disociativa característicos de algunos pueblos primitivos (Amok, Latah, Artic Histeria, etc.).⁴

En el presente trabajo se realizó un estudio clínico epidemiológico en el área del Policlínico 9 de abril, cuya consulta externa de psiquiatría es hecha por médicos del Hospital Calixto García. Se elige la consulta externa por ser la patología que nos interesa mucho más frecuente en éstas que en las salas. Fueron selec

cionados todos los pacientes diagnosticados como histéricos que concurrían por primera vez a la consulta durante un período de seis meses (2do. semestre de 1970).

Se utilizó, para el diagnóstico, un criterio clínico de acuerdo con la clasificación vigente, incluyendo la reacción disociativa, reacción de conversión y personalidad histérica.

El diagnóstico fue hecho en todos los casos por el mismo médico, empleando complementarios sólo en casos dudosos o que precisaran descartar otra patología (pruebas psicológicas, E. E. G., pneumoencefalograma, etc.).

Se tomaron 70 pacientes y se eliminaron 4 por ser de diagnóstico discutible y a 6 por presentar otras patologías que pudieran modificar la sintomatología.

Aunque el objetivo fundamental de este trabajo son los síntomas, liaremos referencia a las condiciones de aparición.

Edad:

Mayor edad	61 años
Menor edad	16 años
Edad promedio	34 años

Debe tenerse en cuenta que muchos de los pacientes arrastraban algunos síntomas desde tiempo atrás y otros habían sido atendidos anteriormente en otros lugares, lo cual es influido por la cronicidad relativa de esta enfermedad. La mayoría presentaba rasgos de personalidad desde la adolescencia, y en períodos de estrés se desarrolla la enfermedad.

Se observó que 34 pacientes obtenían un beneficio evidente de su enfermedad (ganancia secundaria).

Sexo:

Femenino	57
Masculino	3

Raza:

Blancos	27
Mestizos	18
Negros	15

Estado Civil:

Casados	25
U. Consensual	10
Divorciados	14
Solteros	8
Viudos	3

Escolaridad: osciló entre 2do. grado y universitarios con la siguiente distribución.

Menos de 6to. grado	15
6to. grado	11
Más de 6to. y menos de 9no.	10
9no. grado	6
Más de 9no. y menos de 12vo.	4
12vo. grado	3
Otros estudios y medios equivalentes	3
Universitarios	3

Ocupación:

Amas de casa	18
Empleos no calificados	17
Empleos poco calificados	6
Maestros	7
Técnicos medios	3
Oficios diversos	2
Estudiantes	1
Estaban en peritaje al llegar	4

Los distintos síntomas de conversión fueron presentados por 17 pacientes, pero nunca como elemento aislado, sino dentro del contexto de síntomas disociativos.

SINTOMATOLOGIA

1. Teatralidad	se presentó	en 45	pacientes	75.00%
2. Pérdida del conocimiento	99	37	99	61.66%
3. Aumento de la imaginación	99	30	99	50.00%
4. Crisis de* gritos	99	24	99	40.00%
5. Realización imaginaria de deseos	99	21	99	35.00%
6. El paciente se pierde en lugares conocidos con modificaciones de la conciencia	99	19	99	31.66%
7. Falta de aire	99	15	99	25.00%
8. Angustia	99	15	99	25.00%

9. Tristeza se		presentó en 14 pacientes	23.339b
10.; Agitación con pérdida del control, rompen los objetos a su alrededor	99	14	99 23.33%
11. Agresividad dirigida contra otros	99	12	99 20.00%
12. Modificación de la realidad	99	11	99 18.33%
13. Deja vu	99	11	99 18.33%
14. Cefaleas	99	11	99 18.33%
15. Pérdida de la voz	99	10	99 16.66%
16. Fobias	99	10	99 16.66%
17. Insomnio vespertino	99	10	99 16.66%
18. Modificaciones de conciencia no específicas	99	9	99 15.00%
19. Hipomnesias	99	8	99 13.33%
20. Vómitos	99	7	99 11.66%

Los criterios usados para diagnosticar los síntomas más frecuentes fueron los siguientes:

1. Por teatralidad entendemos una hiperminia exagerada con la que el paciente les presta expresividad a todos sus movimientos que parecen exagerados y anormales atrayendo la atención. También se incluye una especie de elasticidad felina que le brinda a sus movimientos una gracia insinuante.
2. Pérdida del conocimiento: en este síntoma incluimos las pérdidas del conocimiento con caída no brutal, que no produce lesiones al paciente, este no se muerde la lengua, no pierde el control de los esfínteres, ni presenta confusión posictal.
3. Aumento de la imaginación: en este síntoma se produce una huida de la realidad, pasando el paciente gran parte del tiempo perdido en ensoñaciones producto de su imaginación, sin relación con la realidad.
4. El paciente ante una situación molesta o estresante prorrumpe en gritos incontrolables y estentóreos.
5. Parecido al 3, el paciente incapaz de realizar sus deseos y aspiraciones en la realidad, se refugia en una solución imaginaria. Por ejemplo, un paciente tímido e incapaz pasa la mayor parte de su tiempo viviendo situaciones imaginarias en las que es decidido, intrépido y conquistador, hechos que llega a creer en ocasiones.
6. El paciente presenta un estado de conciencia tal (oniroide) que no le permite darse cuenta en donde se encuentra y vaga perdido sin encontrar su casa, trabajo u otro lugar conocido, generalmente de una significación emocional que el paciente rehuye.
7. Crisis de disnea sin relación a esfuerzos.

8. Sensación de miedo sin un objeto al cual referirlo, o de una espera de algo desagradable que desconocemos.
9. Se ha tomado este síntoma cuando no es el principal del cuadro clínico, casi nunca es de profundidad.
10. Estas crisis casi siempre se producen en un grado de desestructuración de la conciencia en la cual el paciente no se da cuenta claramente de lo que hace y en muchas ocasiones lo olvida.
11. Crisis similares a las anteriores, pero en éstas el objeto de la agresividad es o bien una persona determinada a la que se dirige la agresión o todos los que se encuentran cerca sin discriminación.
12. Los pacientes alteraban los hechos reales viendo las situaciones objetivas modificadas a través del lente distorsionado de su afectividad.
13. Sensación de haber conocido o haber estado anteriormente en un sitio o situación en la que se encuentra por primera vez.
14. Se han tomado todos los tipos de cefales referidas.
15. El paciente se queja de que a pesar de sus intentos, después de un disgusto o ante una situación desagradable, no puede articular las palabras, situación que dura desde minutos hasta días.
16. Miedo intenso e incontrolable a una situación que no justifica dicha emoción.
17. El paciente presenta dificultades para conciliar el sueño, lo cual se demora, pero una vez que lo ha conciliado duerme hasta el día siguiente.
18. Refieren los pacientes que van sintiendo como si todas sus percepciones (visuales y auditivas) se fueran alejando y empequeñeciendo, y fueran a perder la conciencia, pero sin que ocurra esto.
19. Disminución de la memoria de fijación.
20. Generalmente relacionado con una idea o situación específica. Se producen en forma intermitente coincidiendo con dicha situación.

También fueron vistos los siguientes síntomas con la frecuencia que los acompaña.

	fueron vistos en 7 pacientes			
Mareos				
Dolor precordial	11	11	7	11
Irritabilidad	11	11	6	11
Ideas hipocondríacas	11	11	6	11
Palpitaciones	11	11	6	11
Rigidez del cuerpo con incapacidad de moverse	11	11	6	11

Estados crepusculares	fueron vistos en 6 pacientes			
Jamais vu	99	99	0	99
Trataban de llamar la atención	99	99	5	99
Labilidad afectiva	99	99	5	99
Temblores	99	99	5	99
Alucinaciones visuales	99	99	5	99
Gestos suicidas	99	99	5	99
Frigidez	99	99	5	99
Sueño intranquilo	99	99	5	99
Pesadillas	99	99	5	99
Crisis de echar a correr en un estado de modificación de la conciencia	99	99	5	99
Crisis sincópaes	99	99	5	99
Creen que no los comprenden	99	99	4	99
Nerviosismo	99	99	4	99
Astenia	99	99	4	99
Trastornos menstruales	99	99	4	99
Caída brusca sin pérdida de la conciencia	99	99	4	99
Crisis en las cuales se rompe la ropa	99	99	4	99
Salto epigástrico	99	99	3	99
Pérdida de peso	99	99	3	99
Sudoración	99	99	3	99
Alucinaciones hipnagógicas	99	99	3	99
Desrealización	99	99	3	99
Sonambulismo	99	99	3	99
Paralización de un miembro inferior	99	99	3	99
Ceguera transitoria	99	99	3	99
Ideas de referencia	99	99	2	99
Ideas de culpabilidad	99	99	2	99
Insomnio total	99	99	2	99
Excitación psicomotriz	99	99	2	99
Mitomanía	99	99	1	99
Creen que las personas no los quieren suficiente	99	99	1	99
Malas digestiones	99	99	1	99
Asma	99	99	1	99
Migraña	99	99	1	99
Sudoración de las manos	99	99	1	99
Caída del cabello	99	99	1	99
Pseudociesis	99	99	1	99
Movimiento ondulatorio constante de la cabeza	99	99	1	*9
Ideas minusvalía	99	99	1	99
Aceleración del pensamiento	99	99	1	99
Síndrome maníaco	99	99	1	99
Actitudes bizarras	99	99	1	99

	fueron vistos en 1 pacientes			
Falta de deseo sexual				
Impotencia	99	99	1	99
Insomnio matutino				
Discurso incoherente	99	99	1	99
Despersonalización	99	99	1	99
No conoce a familiares ni amigos	99	99	1	99
Rigidez del maxilar inferior	99	99	1	99

De todo lo anterior podemos afirmar que en el área del regional Centro-Habana cubierto por el Policlínico 9 de abril en el segundo semestre de 1970 la histeria se caracterizó por presentar el siguiente cuadro:

Fue más frecuente en el sexo femenino. La predisposición se observaba desde la adolescencia desarrollándose la enfermedad al producirse un stress que provoque gran ansiedad. Los síntomas sirven para disminuir la ansiedad y generalmente obtener algún beneficio de ello. La mayor frecuencia se apreció en pacientes de bajo nivel escolar y ocupaciones no especializadas, no hubo indicio notable de predominio en razas o estado civil.

La personalidad se caracterizó por teatralidad, aumento de la imaginación que llega a a realización imaginaria de deseos con frecuentes modificaciones de la realidad.

Los síntomas que predominaron eran los de naturaleza disociativa como pérdida del conocimiento, gritos, agitación con pérdida del control, ruptura de los objetos, agresividad, se pierden en lugares conocidos y presentan con cierta frecuencia el fenómeno de Deja vu.

Las manifestaciones de conversión se presentaron con menor frecuencia y nunca en forma aislada (se ha señalado

que son propias de pacientes con mayor nivel cultural) las más numerosas fueron la pérdida de la voz.

Se vieron con frecuencia síntomas menos específicos como: ansiedad, tristeza, falta de aire, cefalea, insomnio vespertino, hipomnesia, vómitos y fobias.

A todo esto, añadimos los síntomas del segundo cuadro que fueron vistos con menor frecuencia.

Sirva este trabajo como primer paso de una investigación que ampliaremos al estudio de todas las regionales de la ciudad de la Habana, y después en un tercer paso trataremos de extender a toda la isla. Quedando entonces estructurado el cuadro clínico de la histeria en Cuba.

El segundo paso que acabamos de comenzar y durará aproximadamente un año, lo realizamos en el Departamento de Psiquiatría Transcultural que dirige el Profesor J. A. Bustamante, con la cooperación de los médicos de los distintos regionales de los que iremos solicitando nos envíen los casos nuevos que lleguen a su consulta durante un período determinado.

La bibliografía es sumamente escasa ya que de histeria no hemos podido hallar antecedentes de publicaciones similares si se excluye algunas referencias aisladas.

SUMMARY

Castro López, H. *Study of the symptoms of hysteria in a group of Cubans*. Rev. Cult. Metí. 10: 6, 1971.

The psychiatric disease is influenced in a large measure by the cultural environment in which it is developed, giving characteristic modalities of each culture. Not having a nosography adapted to our people, it is necessary an investigation of the symptoms and their clinical modalities. In this work a study of the symptoms of hysteria in a area of Center Havana Regional during the last six months of 1970 is made.

RESUME

Castro López, H. *Une étude des symptômes de L'hystérie chez un Group de Cubains*. Rev. Cub. Med. 10: 6, 1971.

La maladie psychiatrique est influencée dans une grande mesure par le milieu culturelle dans laquelle elle est développée, donnant des modalités caractéristiques de chaque culture. Manquant une nosographie adaptée à notre peuple, il est nécessaire une recherche des symptômes et modalités cliniques propres de notre peuple. Dans ce travail on fait une étude des symptômes de l'hystérie dans une zone du Regional Centre Havane dans le deuxième semestre de 1970.

PE3KME

Кастро Лопес Т. Исследование симптомов истерии у группы кубинцев. **Р. К. М.** *д.10:6,1971.

Исследование симптомов истерии у группы кубинцев в дожитии у нас в области культуры. Не имея адаптированной к нашему народу номенклатуры симптомов и их клинических особенностей, необходимо исследование симптомов и особенностей их клинических особенностей нашего народа. В этом труде сделано исследование симптомов истерии в области Центрального Региона Гаваны во втором семестре 1970 года.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Larrientos, G.*: Modalidades de la depresión en Cuba y su relación con factores culturales. Rev. de Psiquiatría Transcultural Vol. III 14-25, No. 2, 1970.
- 2.—*Bustamanle, J. A.*: Raíces psicológicas del cubano. Edit. Impresora Modelo, S. A. La Habana, 1959.
- 3.—*Bustamanle, J. A.*: La Escuela Cultural del Psicoanálisis. Edit. Lex, La Habana, 1960.
- 4.—*Freedman-Kaplan*: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edit. Williams & Williams Co., 1967.