

¿Qué es la histeria hoy en día....?

“La histeria es el resto (vestigio) que ha dejado nuestra humanidad en estos cuerpos des-animalizados que tenemos la ilusión de poseer”
CERG

Camilo Ernesto
Ramírez Garza

Histeria (del gr. hysteron: útero) padecimiento descrito desde la época griega. Ellos veían que ciertas mujeres, presas de arrebatos de éxtasis, se agitaban, ausentes, deambulaban, desmayándose, alucinando, con dificultades para moverse o sentir, anestesiadas, sin poder comer, dormir, vomitando todo el tiempo. De pronto alcanzaban —sin indicio aparente— la salud. Elucidaron una posible explicación y tratamiento: en la histeria, el útero se salía de su lugar (mito de la migración del útero) viajando por todo el cuerpo, tapando las entradas de aire —de ahí la agitación— posándose temporalmente en diversas regiones que adquirirían —por encima de la piel— características de sensibilidad semejante a los genitales. Su curación debía consistir en fijar nuevamente el útero en su lugar. Para lo cual prescribían primeramente la práctica sexual frecuente, tener hijos, así



como inhalar aromas fuertes (éter) para espantar al útero, con su correspondiente de fragancias delicadas y agradables en la zona genital, a fin de atraerlo.

Durante la edad media (s. IV-XV) la histeria, como muchas enfermedades fue considerada producto de posesiones diabólicas; la histérica, una bruja. Su “tratamiento” consistía —si bien les iba— en exorcismos, penitencias, flagelaciones y ayunos (“Mortificar la carne para controlar y

elevant el alma”) cuando no eran quemadas en la hoguera. (“¡Más vale perder el cuerpo, a ser echado a las llamas eternas!”)

En el renacimiento, con la pretensión de la ciencia desplazando el dogmatismo religioso, la histeria pasó a ser considerada por las incipientes disciplinas científicas, una enfermedad más. Gozando muy poco de tal estatuto. Pronto se le retiró todo interés, tanto por comprenderla como por tratarla. ¿El motivo? Las pacientes afectadas de

Psicología

histeria eran consideradas por el gremio médico, unas chifladas, simuladoras, quienes solo fingían sus síntomas; en realidad no estaban enfermas de nada, por lo que solo hacían perder el tiempo y los recursos del médico. Esa fue la voz oficial, pero al mismo tiempo se les consideró simples mujeres exageradas que lo único que necesitaban era penis normalis dosis repetatum (“Dosis normales de pene repetidamente”) el matrimonio, tener hijos, etc. Así, la histérica, después de haber padecido “el viaje uterino” de los griegos y las endemoniadas quemazones medievales, ahora se le tildaba de exagerada, embustera y mentirosa. Sin por ello lograr entender, qué es y como curarla. Tales ideas permanecen hasta la fecha, bajo otras expresiones y nociones (“Ud. No tiene nada, eso es psicológico” “Eso está en la cabeza”, “Es psicósomático”, etc.) Motivo por el cual, la histeria no figurará como nomenclatura en la gnoseología médica, si acaso en la psiquiátrica, pero solo para catalogar síntomas conversivos. Es decir, la histeria no queda reconocida como una enfermedad, ni padecimiento. ¿La causa? en la histeria el cuerpo se comporta (y simula un sin fin de cuadros) diferente a como lo con-

ceptualizan los conocimientos fisiológicos y anatómicos.

Fue hasta finales del s. XIX (1895) cuando Sigmund Freud se dedicó a investigar la histeria. Descubriendo que, a pesar de su etimología, no era un padecimiento exclusivo de mujeres, ni que se trataba de fingir enfermedades —al menos no concientemente. En su tiempo la histérica se presentaba con síntomas de anestias, parálisis, alucinaciones, vómitos, desmayos, semejante a enfermedades neurológicas (epilepsia) puesto que eran las enfermedades “más famosas”, más llamativas. Freud descubrió que los síntomas obedecen a las formas en las que el cuerpo está representado psíquicamente: cada parte del cuerpo posee una imagen a la manera de una escritura particular, así, al suceder un conflicto en la vida del sujeto, la memoria de tal evento entra en relación con dichas imágenes, llevando al histérico o histérica a expresar su problemática a través del cuerpo, sin ser advertido por quien lo padecía (Inconsciente). Ello posibilitó no solo conocer y tratar la histeria, sino investigar la psique humana con todas sus letras, mediante el surgimiento del psicoanálisis.

camilormz@gmail.com

¿Depresión o demencia?, no confundir

Pedro Álvarez

La depresión en ancianos tiende a confundirse con demencia debido a que ésta, en etapa inicial, tiene cierta similitud en síntomas. Por ello, es indispensable que familiares y personas que están a cargo de los pacientes tomen en cuenta algunas manifestaciones básicas de ambos padecimientos para buscar atención médica específica.

La depresión, usualmente, se manifiesta en forma abrupta, y quienes la sufren se quejan de pérdida de la memoria, en tanto que las personas que padecen demencia le restan importancia a la ausencia de recuerdos. Sin embargo, es preciso no olvidar que quienes padecen esta última tienen predisposición a presentar cuadros depresivos.

CUANDO LA TRISTEZA SE PROLONGA

Las causas que habitualmente se asocian con depresión se vuelven frecuentes conforme se envejece, ya que las personas dejan de trabajar, disponen de menos dinero, las enfermedades los agobian y pierden a su pareja, a alguien cercano o a su mascota, lo cual los lleva a sentirse solos e inútiles. Este estado se manifiesta mediante los siguientes síntomas:

- * Sentimiento de tristeza o desánimo intenso que se prolonga durante semanas y puede durar años.
- * Pérdida de interés e incapacidad para disfrutar de las cosas que generalmente proporcionan placer o satisfacción.
- * Fatiga excesiva.
- * Aumento o disminución del apetito.
- * Inquietud e irritabilidad.
- * Aislamiento.
- * Dificultad para dormir.
- * Falta de confianza en sí mismo.
- * Sentimiento de culpa.
- * Pensamientos suicidas.
- * Normalmente, es la familia o ami-



gos quienes se dan cuenta del cambio más que los propios pacientes, por lo que resulta indispensable acudir al psiquiatra, especialista en salud mental que proporcionará tratamiento con medicamentos antidepressivos y psicoterapia. Ante todo hay que tener presente que la depresión no es sinónimo de debilidad.

DEMENCIA

La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, la cual llega a ser ocasionada por cambios en la estructura del cerebro, mismos que pueden presentarse debido a herencia genética, desajuste de las sustancias químicas de dicho órgano o por causas desconocidas; se desarrolla de manera progresiva. Otra demencia bastante común es la denominada multiinfarto, la cual se genera cuando se sufren problemas de irrigación sanguínea en el cerebro de manera constante; también se manifiesta en forma sucesiva, pero su inicio puede ser más abrupto y es posible que hayan periodos estables más largos de los que suelen haber en Alzheimer. Los síntomas de ambas incluyen:

- * Incapacidad para aprender nueva

información y recordar hechos del pasado.

- * Desajuste del criterio.
- * Trastornos en la capacidad de hablar, llevar a cabo las actividades motoras o reconocer objetos.
- * Cambio de personalidad.
- * Incapacidad para trabajar y realizar actividades cotidianas.

Aunque son incurables la enfermedad de Alzheimer y demencia multiinfarto, muchos de los síntomas pueden tratarse o ser controlados para que el paciente pueda permanecer cómodo y funcional el mayor tiempo posible.

NO ES LO MISMO

Con el fin de aclarar dudas e inquietudes que normalmente tienen los pacientes y sus familiares sobre depresión y demencia, consideramos importante resaltar las diferencias entre ambos padecimientos:

DEPRESIÓN
Intensa tristeza
Sentimiento de culpa
Pérdida de confianza
Se mantiene el pensamiento lógico
Mejoría total al seguir tratamiento
Insomnio
Capacidad de pedir ayuda

DEMENCIA
Estado emocional inestable
Tendencia a culpar a los demás
Intolerancia
Delirios
Mejoría parcial
Intranquilidad nocturna
Dificultad para buscar ayuda

Como usted puede ver, es indispensable que quede bien clara la diferencia entre estas dos enfermedades, pues es común que a los ancianos con depresión se les ponga la etiqueta de “dementes”, o bien, a quienes sufren grave deterioro mental se les suele decir “sólo están tristes, ya se les pasará”. Sin duda, ello retrasa la prescripción de tratamiento adecuado, lo que resta minutos, horas, días, meses y años de vida digna.



Rafael Mejía

Un actor de 91 años se quejaba amargamente, pues mientras olvidaba lo que había hecho el mes anterior, recordaba línea por línea los parlamentos de una obra de William Shakespeare que había escenificado cuando tenía 12 años de edad. La ciencia médica tiene una respuesta: el ser humano no tiene una, sino varias memorias.

En efecto. Desde el decenio 1930-1940 se realizan investigaciones científicas con el fin de determinar los mecanismos a través de los cuales se establecen el recuerdo y el olvido, y es gracias a esta labor que se ha creado la teoría de que tenemos más de una memoria.

Aquellos primeros trabajos permitieron observar a fondo el caso de personas que debido a lesiones o enfermedades perdieron ciertas zonas de tejido cerebral y, como consecuencia, olvidaban hechos recientes a la vez que mantenían vivo lo aprendido tiempo atrás, por lo que se estableció que hay dos tipos de memoria: de corto y largo plazo. Sin embargo, nuevas investigaciones favorecidas por los avances médicos acontecidos en la última década del siglo XX nos permiten saber que en realidad son tres: sensorial, de trabajo y de largo plazo.

La sensorial está representada por aquello que captamos a través de los sentidos, en tanto que la de trabajo consiste en la activación de la información que requerimos para llevar a cabo procesos físicos y mentales inmediatos (usar una computadora, conducir un automóvil). Por último, en la memoria a largo plazo se incluyen los datos interpretados y clasificados en campos comunes, hechos autobiográficos y conocimiento traducido en accio-

nes. Al conocer esto, así como los principios que rigen el funcionamiento de la memoria (o las memorias), los científicos han determinado por qué olvidamos... y que también hay varios tipos de olvido.

Para dar un ejemplo, debemos explicar más a fondo algunos de los sistemas que rigen a la memoria. Todos captamos información a través de la vista, oído, olfato, tacto y paladar, que se conserva en la memoria sensorial hasta que, durante el sueño, estos datos se graban en las estructuras encargadas de resguardarlos definitivamente (memoria a largo plazo) en forma de sinapsis o enlaces entre neuronas. Este proceso depende del hipocampo, tejido ubicado entre los ventrículos laterales del cerebro.

Ahora podemos interpretar el caso de nuestro actor, quien recuerda eventos remotos pero que a pesar de su esfuerzo y buenas intenciones olvida hechos recientes: sea por envejecimiento o algún accidente ha sufrido daños en el mecanismo de fijación de recuerdos, tal vez deficiencias en el hipotálamo o en la formación de uniones neuronales.

Pero no todos los casos tienen este origen. Se debe agregar que el proceso de memorización consta de tres etapas, a saber, entrada, almacenamiento y salida de información, y que de manera habitual se presentan mecanismos que favorecen el olvido: uno activo, que consiste en aprender o “grabar” algo nuevo en el mismo lugar donde ya se tenía información (es decir, hay una sustitución), y uno pasivo, debido al desuso de lo aprendido; esto explica por qué se olvidan conocimientos o técnicas si dejan de cultivarse o ya no se practican.

Así que, si usted padece olvidos casuales, recuerde que la mejor manera de conservar la memoria es ejercitándola.

