

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE NEURASTHENIA PARA LA COMPRENSIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEURÓTICOS EN LA ACTUALIDAD

THE IMPORTANCE OF THE DIAGNOSIS OF NEURASTHENIA FOR THE UNDERSTANDING OF NEUROTIC SYMPTOMS TODAY

de Oliveira Lima, Aridnaj¹

RESUMEN

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, un importante diagnóstico de neurosis ya obsoleto, reunía un conglomerado de síntomas difusos que en su momento sirvió como explicación científica para distintas molestias presentadas por la sociedad de la época, era la Neurastenia. El diagnóstico de neurastenia es un referente de la transición de la tradición psiquiátrica anatomo-clínica al modelo psicogénico, de cómo los conceptos de salud y enfermedad están relacionados con el contexto sociocultural y de cómo una enfermedad puede también ejercer un importante papel social. Al principio del siglo XX la neurastenia tuvo su declive como diagnóstico, sin embargo, sus síntomas jamás desaparecieron, y siguen presentes en distintas categorías psicopatológicas de la actualidad. El presente artículo trata de un breve recorrido histórico sobre la Neurastenia, a partir del discurso médico de fines del siglo, de su importancia social y para la comprensión del surgimiento de estas nuevas categorías.

Palabras clave:

Neurosis, Neurastenia, Discurso médico.

ABSTRACT

At the end of the 19th century and the beginning of the 20th century, an important diagnosis of neurosis, already obsolete, brought together a conglomeration of diffuse symptoms that at the time served as a scientific explanation for different discomforts presented by the society of the time, it was Neurasthenia. The diagnosis of neurasthenia is a benchmark of the transition from the anatomoclinical psychiatric tradition to the psychogenic model, how the concepts of health and disease are related to the sociocultural context and how a disease can also play an important social role. At the beginning of the 20th century, neurasthenia declined as a diagnosis, however, its symptoms never disappeared and are still present in different psychopathological categories today. This article deals with a brief historical review of Neurasthenia, from the medical discourse of the end of the century and its social importance and for understanding the emergence of these new categories.

Keywords:

Neurosis, Neurasthenia, Medical discourse.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email: arid.olima@gmail.com

1. Introducción

El presente artículo trata de un breve recorrido histórico en torno a la neurastenia, un importante diagnóstico de neurosis ya obsoleto, muy popular a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, con el objetivo de analizar su importancia para la clínica psicológica y psiquiátrica, en la configuración de los actuales diagnósticos de neurosis, desde el enfoque del discurso médico científico de la época. Conforme argumenta Huertas (2001) la adecuada contextualización histórica del trabajo de los psiquiatras nos permitirá comprender cómo se construye una nosografía, una descripción de una categoría clínica o una teoría psicopatológica en determinado lugar, momento y circunstancias.

Cuando lo que era llamado de locura asciende al status de enfermedad mental, por el trabajo de los médicos ilustradores del siglo XVIII, se abre paso a la construcción de lo que sería la salud mental, con la polarización de dos grandes conceptos, por un lado, la enfermedad (que sería la locura, también llamada de psicosis, vesania o alienación mental) y por otro lado la sanidad. La sanidad estaría asociada a formas de conductas acordes a los conceptos de normalidad, mientras que la locura, al revés, estaría relacionada con las conductas desviantes y de peligrosidad. Estos dos polos permanecen separados hasta que una zona gris empieza a aparecer entre ellos, cuando es dado a ciertos síntomas bajo la nomenclatura de neurosis, un lugar de estudio y especificidad científica para las condiciones que no se caracterizaban por delirios, alucinaciones, ni tenían un carácter de peligrosidad como la locura, además no necesitaban del dispositivo del manicomio para ser estudiadas. Es con la independización de las neurosis como condiciones mórbidas que aparece en el escenario de la salud mental una zona intermedia entre la locura y la sanidad, entre lo normal y lo anormal.

El pensamiento que regía las interpretaciones médico científicas de este entonces, eran las explicaciones anatómo-clínicas, también llamadas de anatómo-patológicas. Tal paradigma fue inaugurado por Marie-François-Xavier Bichat (1771-1802), alumno de Pinel, de quien recibió influencias de su método de la observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de las enfermedades, además de ser influenciado por el progreso de los estudios de la anatomía patológica del siglo XVII. Perales (2011, p.56) define el método anatómo-clínico como “la correlación de los hallazgos patológicos con los síntomas o las alteraciones funcionales que corresponden a cada cuadro anatómo-patológico y que lo han precedido. Este método hizo posible relacionar lesiones específicas *post-mortem* con los cuadros clínicos previos.”

Este era el paradigma vigente cuando el concepto de neurosis es acuñado por William Cullen (1710-1790), médico escocés, principal representante de la neuropatología, descrito por primera vez en su *Sinopsis Nosologiae Methodicae* (1769) y en *Physick* (1777), en el periodo de desarrollo de la medicina moderna. Sin embargo, Cullen argumenta que el término “nervioso” debe ser usado únicamente para las enfermedades que se originen de alteraciones en el sistema nervioso y de procesos fisiológicos

generales, las alteraciones no serían locales y si generales del sistema nervioso, lo que implicaría en un concepto que se iría contraponer a este paradigma. Antes de Cullen, sin embargo, era empleado el término “enfermedad nerviosa”, cuyo concepto se consolidó en el trabajo de varios autores británicos, pero para este entonces el término no hace referencia al significado neurológico que tiene en la actualidad. Hubo un consenso de que el núcleo de las enfermedades nerviosas sería la histeria y la hipocondría, pero en el siglo XIX un nuevo diagnóstico incorpora una “nueva” enfermedad a este grupo de neurosis, era la Neurastenia. Las discusiones en torno a la construcción de determinadas enfermedades o categorías clínicas diagnósticas es de interés y relevancia para la comunidad científica, tanto de las ciencias de la salud, como de las ciencias sociales, pues dichos debates se ven reflejados tanto en la práctica clínica, afectando directamente a los pacientes, que son las personas que reciben el diagnóstico y el tratamiento, además de la etiqueta de la enfermedad, y todo que esto implica a nivel personal y social, bien cómo afecta también a todo sistema sanitario, influyendo en las leyes y políticas de salud. Potter (1993, p.225) argumenta que sin trazar la historia de una enfermedad “nunca obtendremos un sentido completo de la salud, sufrimientos, perfiles de morbilidad y expectativas de vida”.

El estudio histórico de la Neurastenia y de los paradigmas que la construyeron cómo enfermedad, tiene fundamental importancia específicamente para la psicología y la psiquiatría, pues puede aportar significativamente para la comprensión de diagnósticos actuales de trastornos mentales, siendo así un importante aporte clínico a ser utilizado en las prácticas de salud. Pietikainen (2007, p.2) argumenta que “lo que se llama hoy de depresión, ansiedad, fobias, ataque de pánico, trastorno de estrés postraumático, anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo, alguna vez fueron etiquetados como neurosis” y que la historia de las neurosis es también la historia de la condición humana.

2. ¿Qué fue la Neurastenia?

La Neurastenia fue un diagnóstico médico de neurosis, muy popular a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, tanto en Norteamérica, donde nació como categoría clínica, como en Europa y luego en Latinoamérica. Considerada desde el principio como una enfermedad de la modernidad, fue junto a la histeria y a la hipocondría la causa de que este periodo histórico quedara conocido como la “era de los nervios”.

El término neurastenia, hace referencia a una debilidad nerviosa, a un agotamiento crónico sin causa aparente. Tiene su paternidad como diagnóstico, atribuida al neurólogo neoyorquino George Miller Beard (1839-1883), aunque no haya sido acuñado por él. Desde la década de 1870, Beard publicó una serie de trabajos sobre la Neurastenia, pero fue con sus obras *Tratado práctico sobre agotamiento nervioso (Neurastenia)* de 1880 y *Nerviosismo Estadunidense: Causas y consecuencias* de 1881, que Beard promovió la Neurastenia como el estrés de la vida moderna. Para Beard, la Neurastenia sería un profundo agotamiento neuronal, propio de la vida agitada

de las grandes ciudades, un desorden funcional crónico del sistema nervioso, causado por un empobrecimiento y degeneración de la fuerza de los nervios, por una alteración submicroscópica relacionada con la nutrición de las células nerviosas y principalmente por la demanda que la civilización causaba en el funcionamiento del cerebro.

En esta categoría estaba agrupado un complejo conjunto de síntomas difusos y divergentes, entre ellos, una fatiga profunda, dolor de espalda y de cabeza, sensibilidad en el cuero cabelludo, irritación, sensación de pesadez en las piernas, dificultad de concentración y de memoria, pérdida de interés, depresión, ansiedad, sensibilidad de la columna (irritación espinal), y del cuerpo (hiperestesia general – sensación exagerada de los estímulos táctiles), neuralgias (dolor agudo y espantoso que sigue la ruta de un nervio y se debe a la irritación o daño al nervio), parálisis temporaria, perturbaciones gástricas (disfagia: dificultad de tragar y dispepsia: trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia), fobias y trastornos sexuales.

A pesar de que Beard presenta la Neurastenia como una nueva forma de nerviosidad, casi exclusivamente norteamericana, el diagnóstico se difunde también en Europa. Como argumenta Berrios (1996) el concepto de Neurastenia se había vuelto tan amplio a comienzo de la década de 1890 que amenazaba con abarcar la mayoría de los estados neuróticos y una década más tarde, la Neurastenia ya era un fenómeno de los países industrializados, aunque sería posible encontrar diferencias según las peculiaridades culturales de cada lugar. Para este entonces, la palabra “neurosis” no estaba más restringida al ámbito científico como un concepto teórico y ya formaba parte de la cultura general del occidente.

La recepción y apropiación de la Neurastenia en Alemania y en Suecia, ocurrieron en el principio de la década de 1880 en adelante, cuando aparecen las primeras referencias y discusiones sobre las neurosis modernas en revistas médicas. El 1910 el psiquiatra alemán Emil Kraepelin incluye en su nosología el concepto de degeneración y la Neurastenia y la Histeria entre las Psicosis. En Francia se difundió a partir de finales de esta misma década, con los trabajos de Jean-Martin Charcot y sus alumnos. Charcot dio a la Neurastenia el status de “neurosis mayor”, pero con una visión más estrecha, propuso que la Neurastenia se podría hallar combinada con la Histeria. En España, los médicos influenciados por las concepciones de Charcot, empezaron a publicar sobre el tema a partir de 1890. Gijswijt-Hofstra (2001) argumenta que hay muchas razones para hablar de culturas de neurastenia en plural, y que cada una de estas culturas está incrustada en historias culturales más amplias.

En Argentina durante la década de 1880, como señala Vezzetti (1983, pp.17-18) “el dispositivo psiquiátrico va afinando sus resortes y discriminando sus modelos de normalidad”, entre otros factores, por la expansión del tema de las neurosis y la apertura de las primeras cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, direccionadas al estudio a las enfermedades nervio-

sas. El término Neurastenia ingresa al vocabulario médico porteño a partir del escrito de Pedro Roberts, con el caso clínico de L.S. en 1882, pero, hasta 1890, la Neurastenia no estará asociada con la vida agitada de las ciudades, como ocurrió desde el principio en América y en Europa. Considerada, desde los estudios de Beard (1881), como una enfermedad orgánica y funcional, y como un profundo agotamiento relacionado al mal uso de la energía nerviosa, el diagnóstico de neurastenia estaba apoyado en los ejes epistemológicos de la época, caracterizados por las teorías de la termodinámica, los estudios de estimulación eléctrica, la teoría del arco reflejo y la teoría de la herencia. El diagnóstico de neurastenia emerge en el escenario del paradigma energético, donde el sistema nervioso era pensado desde una metáfora como un amontonado de fibras y células activadas por impulsos eléctricos, que salían del cerebro para los nervios y órganos y viceversa. Porter (2001), nos recuerda que, desde el paradigma físico de la termodinámica, la neurastenia sería el precio a ser pago por el mal uso de la energía neuronal, por medio de factores como el exceso del trabajo intelectual, hábitos como el onanismo, excitaciones sexuales, lectura de libros románticos, abusos de sustancias, entre otros. Tales hábitos irritarían las células neuronales, que con ya baja nutrición, provocarían los síntomas neurasténicos, siendo la fatiga el principal de ellos.

Con respecto a las explicaciones causales, el diagnóstico de neurastenia había sido construido en términos puramente funcionales y orgánicos, como la describe Beard (1869, 1880, 1881) entre otros. Cuanto a lo que dice respecto a lo funcional, este estaría relacionado, según Beard, a aquello que no se puede ver por medio de microscopio, pero que puede ser deducido por medio de la observación clínica. Este es un concepto muy importante para la comprensión del éxito del diagnóstico de neurastenia, pues permite fundamentarlo desde la soberanía de los mecanismos somáticos, además del factor de la herencia genética, que también era considerado entre las causas de las enfermedades mentales, aunque no haya sido descrito por Beard.

En lo que dice respecto a lo orgánico o estructural y considerando que, a lo largo de la historia de la medicina, la legitimidad científica fue dada por las explicaciones biológicas sólidas del tipo anatómicas y fisiológicas que han sido más valoradas por encima de otras explicaciones de otro orden, podemos observar que el diagnóstico de neurastenia atendía a este requisito al momento que ponía el acento en la organicidad, funcionalidad y en la herencia, sin embargo, no se podría comprobar causa orgánica, es decir, sobre las supuestas lesiones en las fibras neuronales consideradas como directamente relacionadas a la producción de los síntomas neurasténicos, no había nada que las comprobara, al menos en este entonces, como bien admitió Beard (1869, p.218): “Estoy cierto de que ella (la neurastenia) va a ser sustancialmente comprobada a lo largo del tiempo por análisis microscópicos químicos de pacientes que murieron en una condición neurasténica”, por lo tanto, había una necesidad de mayor validez científica a la naciente neurastenia.

Podemos pensar que el éxito del diagnóstico además de estar relacionado al concepto de lo funcional, estaría también relacionado a que pudiera cumplir una cierta importancia a nivel social. Ehrenberg (1998) argumenta que la neurastenia fue el punto de partida para que la atención de los médicos sea puesta en lo social como factor causal de algunas enfermedades. Se empezaba a pensar en la sociedad como un organismo que puede enfermarse y a la vez puede causar enfermedades. Y así, aunque para la neurastenia no hubiese una causa biológicamente comprobada, había una causa social: la agitada vida de las grandes ciudades propensas a los excesos y pasiones de todo tipo, el estrés laboral, el mal uso de la energía del cuerpo, factores que no son del campo de las ciencias biomédicas, pero que a su vez son factores visiblemente notables que podrían reemplazar la ausencia de comprobación de factores orgánicos, lo que no daría a la neurastenia una validez científica de legitimidad biológica, sino que una legitimidad social.

Una otra forma que expresa esta legitimidad social, sería que el diagnóstico de neurastenia posibilitaría la atención de un grupo considerable de personas que buscaba comprender su padecimiento bajo la óptica médica, entre ellos, personas de la propia clase médica, y no solamente bajo una validez científica, sino que también un diagnóstico que gozara de una cierta "sofisticación" social. Como la neurastenia estaba asociada al mal uso de la energía, no solo en actividades intelectuales sino también en prácticas sexuales socialmente mal vistas, sería una "buena" forma que tenía las personas de clases altas de "ocultar" sus malos hábitos por tras de un diagnóstico, principalmente los hombres que eran la población mayormente diagnosticada con esta enfermedad. Además, la etiqueta de "neurasténico", les podría evitar a los hombres la mala impresión de un diagnóstico de histeria, tan ampliamente asociado a las "debilidades femeninas".

Junto a todo esto, la neurastenia, así como otros desarreglos nerviosos de la época, también ejerció un importante papel en la justificativa del creciente mercado terapéutico en la ciudad, como explica Vallejo (2021, p. 15) "el progresivo arraigo de la experiencia neurótica en la ciudad, fue de la mano de la construcción de un mercado terapéutico que le hiciera frente". Y a propósito de terapéutica para la neurastenia, esta estaba relacionada con sus supuestas causas: La eugenesia, por su considerada causa en la herencia genética; la hipnosis y la sugestión que se ya expandían como tratamientos de los trastornos nerviosos como la histeria; la electricidad como forma de reponer en las células neuronales la energía perdida; el aislamiento, ya que el mundo exterior favorecía los excesos y la pérdida desnecesaria de energía; el reposo y el masaje para ayudar en el descanso, a parte de los tónicos cada vez más comercializados para todo tipo de desorden nerviosa. El apogeo de la Neurastenia tanto en Europa como en América, permanece hasta la primera década del siglo XX, pero con la Primera Guerra Mundial y a medida que los ejes sobre los cuales se edificaron el diagnóstico iban desapareciendo y avanzando para lo que el historiador Paul Bercherie (1986) llama de modelo psicodinámico, que

suplantaba a su antecesor anatómico-clínico, la neurastenia fue desapareciendo como categoría clínica. Los síntomas neurasténicos, que antes eran vistos como consecuencia de un mal funcionamiento nervioso, fueron gradualmente ganando más importancia en el discurso médico, hasta ser considerados la causa misma de la enfermedad.

Sobre el declive del diagnóstico, Ferrari (2015, p.303) explica que empieza desde la década de 1920 en adelante, dependiendo de las condiciones locales en donde se despliega.

Con el advenimiento de la psicología dinámica francesa, se comenzaron a dejar de lado las etiologías mecanicistas y organicistas de las cuales dependía la Neurastenia. Aparecieron nuevas patologías en torno a las psiconeurosis, que invierten el postulado etiológico, y ponen en acento en la generación específicamente psicológica de algunas enfermedades.

Con la progresiva recepción e incorporación del paradigma psicogénico, y la recepción de las ideas psicoanalíticas, desde el discurso médico se pusieron en dudas los presupuestos sobre los cuales el diagnóstico de neurastenia fue elaborado. Con la suposición de otros factores causales, tales como la alimentación y la higiene, de a poco el diagnóstico que era hasta entonces visto como propio de las clases altas e intelectual, se generalizó para otras clases sociales, perdiendo la "sofisticación" social dada por el diagnóstico al principio. Además, los factores de la vida moderna y de la agitación de las grandes ciudades, considerados desde Beard como una de las causas de neurastenia, también empezaron a ser cuestionados, y la explicación por supuestas causas psíquicas pusieron en jeque las causas orgánicas. De esta forma, la neurastenia empezaba a perder su popularidad en las primeras décadas del siglo XX, cuando se produce nuevas categorías clínicas dentro de este nuevo paradigma, las enfermedades llamadas de psiconeurosis.

3. Los síntomas neurasténicos a partir de la segunda mitad del siglo XX

La neurastenia como aglomerado de síntomas complejos nunca desapareció, sino que ha sido resignificada y se ha convertido en otras categorías clínicas. Berrios (1996) explica que en el siglo XIX fueron incorporadas "experiencias subjetivas" en el conglomerado de los síntomas de los trastornos mentales. Al principio de este siglo, principalmente en Francia, los conceptos de "experiencia interna" y de "contenidos de la consciencia" fueron aceptados entre los alienistas como campo legítimo de investigación. El discurso del siglo XIX, fue el discurso de la experiencia y el período donde la experiencia interna y la subjetividad del paciente, fue siendo de a poco introducida y validada como científica. Ya en la segunda mitad del siglo XIX, como explica Rosenberg (1989), hubo un período de expansión de las categorías de disturbios que mezclaban características emocionales, estados alterados de humor y comportamientos desviantes (algunos estigmatizados y otros considerados autodestructivos). A medida que el pa-

radigma psicogénico empieza a entrar en el escenario con la legitimación de las experiencias subjetivas como validez científica, el concepto de lo funcional, que al principio de la historia del diagnóstico de neurastenia era apenas una forma de referirse a lo orgánico sin causa conocida, pasa a ser relacionado también con el origen psíquico de los síntomas físicos.

El nacimiento del modelo psicogénico da lugar para una lectura más psicoanalítica de las enfermedades nerviosas. En 1895, en su famosa obra: *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia*, Freud separa la neurastenia en dos partes, una fisiológica y otra psíquica, haciendo una distinción entre “psiconeurosis” (las de origen psicógena, que podrían ser tratadas con el psicoanálisis) y las “neurosis reales” que incluía la neurastenia y las neurosis de ansiedad (las orgánicas, que serían tratadas por medio de la neurología). Según los historiadores, esta división ayudó a crear una cultura psiquiátrica dividida en las explicaciones de base fisiológica y las explicaciones basadas en teorías psicológicas.

Pero aún antes de Freud, el neurólogo y filósofo Pierre Janet (1859-1947), quien también trabajó con Charcot, ya desde principios de la década de 1890 pone en práctica ideas muy similares a las de Freud y ya hablaba de conceptos como consciente e inconsciente, pero no en el mismo sentido freudiano. En su obra principal *Las Obsesiones y la psicasteria* (1903), Janet plantea la psicasteria como una psiconeurosis mayor, de la cual hace parte la neurastenia (neurastenia simple en el sentido de Charcot), la depresión, obsesiones y fobias. Para Janet, los síntomas son de origen psicológicos, tanto los síntomas fisiológicos del agotamiento nervioso como los relacionados a la percepción de la realidad, que él llamó de “sentido de incompletitud y pérdida de la función de lo real” siendo que el psicológico actuaría de forma similar a una ley, sería uniforme y universal. El diagnóstico de psicasteria tuvo una grande importancia en la transición de las interpretaciones puramente biológicas de los síntomas neurasténicos, para la interpretación psicológica.

¿Cómo el psicoanálisis entra en el escenario? Había muchos síntomas en la neurastenia de Beard que tenían en común un componente, la angustia. Al observar esto, Freud propone una separación. A los síntomas sin angustia va a decir que estos se refieren a una verdadera neurastenia, o una neurastenia propiamente dicha. Y a los síntomas que tienen en común la presencia de un componente de angustia, los va a llamar de Neurosis de Angustia. Y así por primera vez en la historia, la angustia tiene un estatuto clínico y es incluida en una nosología psiquiátrica. Esta distinción serviría para facilitar el diagnóstico y el camino en dirección a la cura. Freud fue muy claro cuando dijo que: “Mientras se continúe dando a la palabra neurastenia, todos los significados en lo que Beard hubo de emplearla, será difícil decir nada generalmente valido sobre la enfermedad a la que califica” (1895, p.183).

Posicionada ahora en la condición de una psicopatología, la angustia podría ser estudiada, investigada, analizada, y se podría pensar cómo tratarla. Eso produce un importante

cambio en la forma de pensar los desarreglos nerviosos, ahora ya desde una perspectiva más psíquica que orgánica. Bajo la nomenclatura de neurosis de angustia o ataque de angustia (lo que sería hoy el Ataque de Pánico), Freud describió una sintomatología compuesta de: Irritabilidad general, espasmos del corazón (la persona siente que le falta el aire), temblores, vértigo locomotor, fobias, síntomas digestivos y parestesias (adormecimiento de la piel), los mismos síntomas encontrados en la neurastenia de Beard, siendo que el componente principal sería la angustia y no la fatiga.

Todos esos cambios van a estar presentes en los manuales de diagnósticos que van siendo construidos al principio del siglo XX. En 1918 el Comité Nacional de Higiene Mental, la Oficina del Censo, y la Asociación Médico -Psicológica Americana (actual APA) publicaron el *Statiscals Manual of the Use of Institutions of the Insane*, lo que consistió en la primera nosología psiquiátrica biologicista americana, todavía influenciada por el pensamiento Krapeliano, según el cual la enfermedad mental estaría relacionada a una disfunción orgánica. El manual se enfocaba básicamente en los síntomas de las enfermedades y no en las causas. Fue objeto de crítica de varios psiquiatras, entre ellos, el suizo Adolf Meyer (1866-1950), que criticaba principalmente que el manual no consideraba aspectos importantes de la historia de vida del sujeto para fines de diagnóstico. El manual tuvo 10 ediciones, entre 1918 y 1942, todas siguiendo la perspectiva biologicista. En la última edición aparece la neurastenia entre las psiconeurosis.

Así como Freud, Meyer también se preocupaba por los aspectos de la subjetividad del individuo y psicológicos de las enfermedades mentales. Con la Segunda Guerra y la atención de muchos psiquiatras a los soldados combatientes, temas como el estrés y los traumas, recibieron una nueva mirada de la psiquiatría y los factores ambientales se convirtieron en cuestiones de salud mental. Así la visión psicodinámica y el psicoanálisis que hasta entonces tenían un lugar aún marginal en el ámbito psiquiátrico, fueron ganando más credibilidad. “Mas que ninguna otra cosa, la guerra ayudó a unificar la creencia en que el estrés ambiental contribuía a la inadaptación y que las intervenciones humanas intencionadas podían alterar los resultados psicológicos” (Grob, 1991, p.427).

En 1946, la formación del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP) buscaba promover la integración de la psicodinámica por medio de la reorganización de la APA (*American Psychiatric Association*), actuando como acelerador de cambios tanto en el fortalecimiento del modelo psicodinámico como para solucionar conflictos existentes entre las nomenclaturas y clasificaciones de la APA con las nuevas ideas de la posguerra. Es así que la APA, cediendo a los cambios, deja su primero manual y crea el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) en 1952, bajo la responsabilidad de George Raines (1908-1959). Con enfoque psicodinámico y psicoanalítico, la primera versión del manual presenta para las categorías clínicas dos grandes grupos de causas: “trastornos causados por o asociados con el deterioro de una función del tejido cerebral” y “trastornos de origen psicogénico o sin una

claramente definida causa física o cambio estructural en el cerebro (APA, 1952).

En el DSM-I, la Neurastenia aparece como un término ya en desuso, bajo la nomenclatura de “reacción psicofisiológica del sistema nervioso”, cuyo síntoma predominante es la fatiga general. El término sigue siendo usado en las dos siguientes versiones. En el DSM-II (1968), es presentada entre las Neurosis, con el nombre de “neurosis neurasténica”, cuyo síntoma principal sería la debilidad crónica, fácil fatigabilidad y agotamiento. En esta segunda edición se hace una marcada diferenciación con la histeria, y con las llamadas neurosis de ansiedad y las neurosis depresivas. Así como la primera edición, la segunda de 1968, sigue el mismo enfoque, a pesar de que no presenta más el término “reacción” (que hacía referencia a las causas de las enfermedades mentales con la dificultad de adaptación) de nítida connotación psicodinámica, aunque haya una aclaración de que no fue intención del comité volver a los moldes krapelianos.

El término “neurastenia” vuelve a aparecer en el DSM-III de 1980, de forma muy similar con la versión anterior, que también incluye formalmente el “ataque de pánico” que volverá a ser usado en la cuarta edición, e incluido en 1992 por la OMS en el manual europeo *International Clasificación of Diseases - CIE-10*. En el DSM-IV de 1994, el término neurastenia ya no existe, pero su sintomatología sigue teniendo espacio en el manual, presentadas como “trastorno somatomorfo indiferenciado”. Tales trastornos se refieren a síntomas medicamente no explicados, que expresan inquietudes personales y sociales, no siendo propiamente una psicopatología.

¿Cómo se configuran los síntomas neurasténicos hoy? Aunque esta pregunta no presente una respuesta sencilla, podemos encontrarlos en distintas categorías clínicas que conforman las dos últimas versiones del DSM, más usadas actualmente. Una primera observación es que la mayoría de estos síntomas se encuentra en la descripción del ataque de pánico, que aparece en el DSM-IV en el grupo de los Trastornos de Ansiedad, que lo describe con sensaciones de ahogo y de falta de aire, alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio, parestesias, escalofríos, temblores y vértigos, que fueron de la misma forma descritos por Freud, en 1895. Las náuseas o molestias abdominales (descritas por Freud), el manual llama de síntomas digestivos, así como la inestabilidad, mareo o desmayo son también expresiones del DSM.

Desde que la angustia empezó a ser concebida como categoría clínica, siempre estuvo asociada con la ansiedad. Ambos, tanto Freud como el DSM, destacan la presencia del miedo, en particular el miedo a volverse loco, perder el control, o a morir. El miedo aparece como motor que hace girar la rueda de la ansiedad, que se repite cíclicamente. Según el DSM, estos síntomas pueden venir o no acompañados de agorafobia (temor a los espacios abiertos) y tienen la particular característica de la expectativa angustiosa, es decir, el miedo de que un episodio de crisis de angustia vuelva a repetirse. Son datos también descritos por Freud desde el principio de su obra.

El síntoma central del diagnóstico de neurastenia, fue,

sin lugar a dudas, la fatiga, o sensación de fatiga. En el DSM-IV la fatiga aparece en distintos diagnósticos muchas veces relacionada con la depresión, y aún trae el término “falta de energía”, tan propio de los inicios de la neurastenia. Entre ellos en el “trastorno depresivo mayor”, específicamente el “trastorno distímico”; en los “trastornos relacionados con sustancias”; “trastorno de ansiedad generalizada” y “trastornos del sueño”. El síntoma de fatiga aparece en estos trastornos asociado a los cambios en conductas alimentares, insomnio, falta de concentración y alteraciones del humor.

Aun así, el diagnóstico de “fatiga crónica” es el que mejor hace referencia a la antigua neurastenia, o a lo que Freud había llamado de “neurastenia propiamente dicha”, sin presencia de angustia, pero a diferencia de su diagnóstico antecesor, este no está asociado a ninguna clase social ni género, lo que muestra como la influencia de los cambios socioculturas contribuyeron para que los síntomas antes llamados neurasténicos, dejaran de ser una exclusividad de los hombres intelectuales y de las clases económicas altas. Ahora podemos ver los mismos síntomas siendo diagnosticados indistintamente entre clase alta o baja o entre hombres y mujeres. Sin embargo, con respecto al agotamiento mental neurasténico, este es mejor traducido en la categoría clínica del “síndrome de *burnout*”, también relacionado al trabajo intelectual y a las exigencias de la época en que vivimos.

4. Conclusión:

La historia de la Neurastenia es un ejemplo de cómo los conceptos de salud y enfermedad están en la verdad, íntimamente relacionados con el contexto sociocultural de la sociedad donde se construyen, y como este contexto influencia a la construcción de diagnósticos de enfermedades mentales, a la vez que también son influenciados por ellos. El diagnóstico de neurastenia reflejó un momento histórico en el cual las sociedades modernas necesitaban legitimar su avance tecnológico, su creciente mercado terapéutico, situaciones y comportamientos socialmente aún inaceptables, además de dar entidad a condiciones humanas y síntomas que se manifestaban en el cuerpo, para los cuales se necesitaba una explicación científica y que diera a los que de ellos padecieran un cierto alivio al poder dar identidad a su padecimiento y una legitimación frente a la sociedad.

La neurastenia fue también un importante referente de la transición del modelo anatómo-patológico al modelo psicogénico, que dividen la historia de la psiquiatría en dos momentos sumamente importantes, donde el enfoque en lo puramente biológico da lugar a las explicaciones de orden más psicológicas. No por casualidad se configuró justo en este punto de la historia, y llegó a ser una epidemia. Su sintomatología representó muchas de las condiciones humanas y aún sigue siendo un amplio campo de investigación y un importante camino para el conocimiento de la intrigante psique humana.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders* (1a ed.).
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders* (3a ed.).
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Aronowitz, R.A., "When do Symptoms become a Disease?". *Annals of Internal Medicine*, 134 (9), 803-808.
- Beard, G.M. (1869). Neurasthenia, or nervous exhaustion. *Boston Medical and Surgical Journal*, 80, pp.217-221.
- Beard, G.M. (1880). *A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia)*. New York, William Wood.
- Beard, G.M (1881). *American Nervousness: its causes and consequences*. New York, Putnam Sons.
- Bercherie, P. (1986). *Los Fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico*. C.A. de Santos (Trad.). Manantial, Argentina.
- Berrios, G.E. (1996). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva del siglo XIX*. Díaz Rodríguez, L.A. (Trad.).
- Ehrenberg, A. (1998) *La fatigue d'être soi : la dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Ferrari, F.J. (2015). Historia cultural de la psiquiatría en Córdoba, Argentina: recepción y decadencia de la neurastenia, 1894-1936. *Trashumante-Revista Americana de Historia Social*, 5, pp. 288-309.
- Freud, S. (1976). Sobre la justificación de separar la neurastenia de un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. In Freud, S., *Obras completas de Freud*, S. (J. L. Etcheverry, Trad., vol. 3, pp. 85-112). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1895).
- Gijswijt-Hofstra, M., Porter, R. (2001). *Cultures of neurasthenia: from Beard to the First World War*. Amsterdam: Rodopi.
- Grob, G.N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry* 148(4). pp.421-431
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría: ¿Por qué?, ¿Para qué?, Tradiciones historiográficas y tendencias. *Frenia Revista de la Historia de la Psiquiatría*, 1,1, pp.9-28.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie* Paris. Baillière.
- Jiménez, M.M. y Bosquet, J.S. (2017). Neurastenia y fibromialgia: El enlace entre el sistema nervioso y la cultura en entidades clínicas complejas. *Revista en-claves del pensamiento año XI* (22) pp. 51-74.
- López Piñero, J.M. (2009). *Historical Origins of the Concept of Neurosis*. Cambridge University Press, [ed. original de 1983].
- Pérez Perales, J.E. (2011). Marie-François Xavier Bichat y el nacimiento del método anatomo-clínico. *Historia de la Cirugía*, 33 (1).
- Pietikainen, P. (2007). *Neurosis and Modernity. The age of nervousness in Sweden*. Series <https://doi.org/10.1163/ej.9789004160750.i-391> History of Science and Medicine Library v.2
- Potter, R. (1993) The body and the mind, the Doctor and the Patient: Negotiating Hysteria (pp.225-285). En. Sander L. G. et al., *Hysteria beyond Freud*.
- Potter, R. (2001). Nervousness, Eighteenth and Nineteenth Century Style: From luxury to labour (pp.31-50). En. *Cultures of Neurasthenia, From Beard to the first world war*. Eds. Marijke Gijswijt-Hofstra and Roy Porter. Rodopi.
- Roelcke, V. (2001). "Electrified Nerves, Degenerated Bodies: Medical Discourses on Neurasthenia in Germany, circa 1880-1914". *Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War*, Eds. Marijke Gijswijt-Hofstra y Roy Porter, Rodopi. 177-197.
- Rosenberg, C. (1989). Body and mind in nineteenth-century: some clinical origins of the neurosis construct. *Bulletin of the History of Medicine*, 63(2), pp.185-197.
- Shamdasani, S. "Preliminary notes towards a characterisation of Pierre Janet's Psychastenia", *Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War*. Eds. Marijke Gijswijt-Hofstra y Roy Porter. New York: Editions Rodopi, 2001.
- Schmiedebach, H. (2001). The public view of neurasthenia in Germany. In: Gijswijt-Hofstra, Marijke; Porter, Roy (Ed.). *Cultures of neurasthenia: from Beard to the First World War*. Amsterdam: Rodopi. pp.219-238.
- Slijkhuis, J. (2001) Neurasthenia as Pandora's box? In: Gijswijt-Hofstra, Marijke; Porter, Roy (Ed.). *Cultures of neurasthenia: from Beard to the First World War*. Rodopi. pp.257-278.
- Vallejo, M. (2019). Cuerpos histéricos en la medicina de Buenos Aires (1877-1900): Teorías, representaciones y dispositivos clínicos. *Historia (Santiago)* [online],52,1, pp.139-167.
- Vallejo, M. (2020). Mercado y objetos de consumo para enfermedades nerviosas en Buenos Aires (1880-1900): Tónicos, aceites, remedios e institutos médicos *Revista Temáticas, Campina*, 28, 55, pp.41-84.
- Vallejo, M. (2021). Nerviosos y neuróticos en Buenos Aires (1880-1900): Entre médicos, boticarios y mercaderes. Buenos Aires, Miño y Dávila, 256p.
- Vallejo, M. (2021). Las neurosis en la medicina de Buenos Aires (1878-1900): Conceptos, figuraciones y respuestas terapéuticas. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades, de la Universidad de Chile*, 25,1, pp.65-110.
- Vezzetti, H. (1983). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Follis Ed.
- Zabaleta, O.G. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *Theoria. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia* 34(3). pp.441-460.
- Zorzanelli, R.T. (2009). A fadiga e seus transtornos: condições de possibilidade, ascensão e queda da neurastenia novecentista. *História, Ciências, Saúde*, 16(3), pp.605-620.

Fecha de recepción: 28 de agosto de 2022

Fecha de aceptación: 19 de septiembre de 2022