

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

# **Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual.**

Sarudiansky, Mercedes.

Cita:

Sarudiansky, Mercedes (2012). *Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/63>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/1Kt>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# NEUROSIS Y ANSIEDAD: ANTECEDENTES CONCEPTUALES DE UNA CATEGORÍA ACTUAL

Sarudiansky Mercedes

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Centro Argentino de Etnología

---

## Resumen

En el presente trabajo intentaremos realizar un recorrido teórico sobre los conceptos que, en su trayectoria como entidad mórbida, han funcionado como verdaderos antecedentes de lo que en la actualidad denominamos ansiedad desde la perspectiva psicológico-psiquiátrica. Para tal fin, comenzaremos introduciéndonos en los primeros textos médicos sobre las neurosis, que datan del siglo XVIII, de la mano del médico escocés William Cullen, quien es considerado como el creador de este término. En segunda instancia, haremos referencia a distintos cuadros mórbidos que se desprenden de este concepto y que han sido considerados como antecedentes directos de los distintos cuadros actuales que entran bajo la órbita de los “trastornos de ansiedad”.

## Palabras Clave

Ansiedad Neurosis Categorías Síntomas

## Abstract

NEUROSIS AND ANXIETY: CONCEPTUAL BACKGROUNDS OF A CURRENT CATEGORY

In this paper we will make a theoretical trajectory over the backgrounds of the psychological and psychiatric category of anxiety. In that order, we will start focusing on the first medical documents about neurosis, a concept created by William Cullen in the 18th century. Second of all, we will make reference to the distinct morbid categories that developed from neurosis, which are considered as direct predecessors of the current anxiety disorders.

## Key Words

Anxiety Neurosis Categories Symptoms.

## Introducción:

Definir qué es ansiedad parecería ser una tarea sencilla. Sin embargo, una vez que nos adentramos en los distintos discursos que dan cuenta de ella, de los distintos términos y acepciones que la definen, nos hacemos a la idea de que no es un trabajo simple. En el presente trabajo intentaremos realizar un rastreo conceptual en torno a las definiciones, acepciones y términos que, o bien son tomados como sinónimos, o bien forman parte de una estructura en el que la ansiedad se encuentra inmersa.

Para comenzar con este trabajo, es necesario establecer, aunque sea arbitrariamente, un punto de partida. Para hacer de este punto de partida lo más convencional posible, comenzaremos definiendo la ansiedad desde el significado compartido de tal palabra, según la

Real Academia Española.

(Del lat. *anxietas*, -atis).

1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

2. f. Med. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Pese a la brevedad de la definición, podemos rastrear varias cuestiones: Por un lado, la raíz de la palabra ansiedad remite al término latino *anxietas*. Luego, la primera acepción nos describe un estado del ser humano ligado a la inquietud. Por último, se presenta una acepción caracterizada como “médica”, la cual relaciona tres términos que serán clave para nuestros posteriores desarrollos. Estos son “angustia”, “enfermedad” y “neurosis”.

Esto significa que, partiendo de una simple definición de diccionario, el concepto de ansiedad nos transporta, etimológicamente, a un término latino (lo cual nos indica la antigüedad de la existencia del concepto), que nos describe un estado singular de la vida humana, la cual se asocia con un estado mórbido, planteado en función de dos de los conceptos psicológicos más difundidos en el ámbito: las neurosis y la angustia. Esto es, tenemos tres posibles vertientes para hacer de esta breve definición de ansiedad, un recorrido que dé cuenta de su verdadera complejidad: Por un lado, la vertiente etimológica; por otro, la descriptiva o fenomenológica y, finalmente, una vertiente conceptual.

El objetivo del presente trabajo será profundizar esta tercer vertiente. Para ello, realizaremos un recorrido teórico sobre los conceptos que, en su trayectoria como entidad mórbida, han funcionado como verdaderos antecedentes de lo que en la actualidad denominamos ansiedad desde la perspectiva psicológico-psiquiátrica. Para tal fin, indagaremos sobre los desarrollos de la literatura médica occidental del siglo XVIII, introduciéndonos en los primeros textos médicos sobre las neurosis. Dado que tanto autores locales y extranjeros (p.ej, Conti & Stagnaro, 2007; Berrios, 2008) ubican a la neurosis como uno de los conceptos clave que nos ayudará a delinear el recorrido que estamos emprendiendo; por esta razón lo utilizaremos como punto de partida.

## Las neurosis. Una categoría amplia y diversa

El término neurosis fue introducido formalmente dentro de la literatura médica occidental por el médico escocés William Cullen

en el año 1769, en pos de hacer referencia a “enfermedades de los sentidos y del movimiento, sin fiebre idiopática y sin afección local” (Cullen, 1783). De esta manera, distinguía a éstas de otras clases de enfermedades agrupadas bajo los nombres de fiebres o pirexias (entre las cuales se encontraban la neumonía, gastroenteritis, hepatitis, nefritis, reumatismos, varicelas, malaria, urticaria), caquexias (grupo que incluía enfermedades como la sífilis, escorbuto, tricoma), y locales (donde se agrupaban bulimia, polidipsia, pica, ninfomanía, anorexia, nostalgia, afonía, estrabismo, contractura, gonorrea) (Cullen, 1783, 1808). Este autor se basó en la metodología propuesta por Sydenham (1) para realizar su taxonomía de las enfermedades.

La justificación en torno a la introducción de esta categoría se basó, según el autor, en la necesidad de superar la inexactitud del concepto de “enfermedad nerviosa” (2) dado que “...casi todas las alteraciones mórbidas del cuerpo, hasta donde se puede entender, dependen de tal manera de las mociones del sistema nervioso, que casi todas las enfermedades podrían, en este sentido, ser denominadas ‘nerviosas’” (Cullen, 1808:103, la traducción es nuestra).

A su vez, dentro del grupo de las neurosis encontramos cuatro categorías u órdenes principales: Las “comatas”, que suponían una disminución de los movimientos voluntarios, con sueño o una suspensión de los sentidos, las cuales incluían a la apoplejía y las parálisis; las “adynamiae”, que implican una disminución de los movimientos voluntarios, cuyos cuadros principales eran el síncope, la dispepsia, la hipocondriasis y la clorosis; en tercer lugar los “spasmi” o espasmos, esto es, movimientos irregulares de los músculos, entre los que se encontraban el tétanos, las convulsiones, corea, rafia, epilepsia, palpitaciones, asma, disnea, pertusis, pirosis, cólicos, cólera, diarrea, diabetes, histeria e hidrofobia; y finalmente las “vesaniae”, un trastorno de las funciones de las facultades mentales de juicio, sin fiebre ni somnolencia, donde se ubican la amentía, la melancolía, la manía y la onirodinia.

Como puede observarse, bajo la denominación de “neurosis” aparece una gran diversidad de cuadros, algunos de los cuales en la actualidad sería discutible que se rotulen de esta manera. De todos modos, tal distinción tuvo un gran impacto en la medicina de la época, e incluso en uno de los médicos que más influencia tuvo en el desarrollo de las disciplinas psicológico-psiquiátricas, como Philippe Pinel (1745-1826).

Sin embargo, esta acepción del término neurosis no se mantuvo intacta a lo largo de los siglos que suponen su existencia. Por ejemplo, Étienne Georget (1795-1828) las redefinió como enfermedades crónicas e intermitentes, sin lesión anatómica post-mortem, no necesariamente peligrosas, pero que ocasionaban excesivo sufrimiento en quienes las padecían. Según este autor las neurosis podían incluir dolores de cabeza frecuentes, locura, hipocondría, catalepsia, corea, histeria, palpitaciones nerviosas, asma, gastralgia y neuralgias (Georget, 1840, citado en Beer, 1996). Beer (1996) señala que, dada la predominancia del método anatomo-clínico en la medicina del siglo XIX, se propició la profundización de esta distinción entre enfermedades funcionales y aquellas con cierta base anatómica, lo cual ubicaba a las neurosis más en el campo de la neurología que en la psiquiatría. De todas maneras, la discusión en torno a la localización anatómica o no de ciertas enfermedades “neuróticas” es un tópico que siguió vigente, incluso hasta nuestros días.

De todas maneras, la cualidad de “funcional” no resulta útil para delimitar un grupo más o menos circunscripto de enfermedades,

dado que, como señala Køppe (2009), existen diferentes maneras de utilizar tal término. Por ejemplo, uno de los usos más comunes durante el siglo XIX suponía que para que una enfermedad sea considerada funcional no debía haber evidencia de explicación anatómica o fisiológica. Desde esta perspectiva las neurosis serían entidades transitorias, las cuales que perderán su cualidad de neurosis en el momento en que se encuentre su explicación somática. Otra postura pone en primer plano la oposición anatomía-fisiología, análogo a la relación estructura-proceso, remitiendo el carácter de funcional a este último término. De manera contradictoria, lo funcional también puede significar relativo a lo fisiológico, esto es, a cierto carácter físico del cuadro, en oposición, quizá, a las cualidades predominantemente psicológicas o cognitivas de otros cuadros. Finalmente, el autor ubica una cuarta acepción del término, caracterizándolo como un concepto genérico –comodín- que implicaría una referencia difusa al sistema nervioso.

Así pues, teniendo en cuenta que el carácter de “funcional” sirvió de fundamento para la descripción de las neurosis como entidades nosológicas más o menos delimitadas, y descartando la homogeneidad o simplicidad semántica de tal variable, Køppe (2009) sostiene que las neurosis deben considerarse meramente como un término clasificatorio, dado que pueden rastrearse una gran variación de definiciones entre los psiquiatras y neurólogos del siglo XIX, lo que dificulta la delimitación de un síntoma central para tal concepto.

No obstante, más allá de estas cuestiones, lo central es que el estudio de las neurosis fue expandiéndose cada vez más en el campo de la medicina occidental, ocupando un lugar cada vez más importante en la disciplina psiquiátrica. El pasaje de la neurología a la psiquiatría fue acompañado por un cambio en la concepción de la neurosis como una enfermedad grave de los nervios, a ser consideradas como trastornos psiquiátricos menos severos (Køppe, 2009). Aún así, tal distinción también es relativa.

## **Ansiedad y neurosis**

En el vasto terreno nosológico que integra la primera definición de las neurosis se nos hace complejo establecer algún tipo de fundamento que justifique la asociación específica entre tal categoría con la ansiedad y la angustia, que es lo que nos interesa. Sin embargo, es a partir de finales del siglo XIX cuando la historia comienza a hacerse más definida en relación a la neurosis como representante arcaica de los actuales trastornos mentales y, en especial de la vertiente patológica de la ansiedad y la angustia.

De todas maneras, tanto en lo que hace a los antecedentes de la categoría ideada por Cullen –en especial los que se refieren a las obras de Thomas Willis y Sydenham (3)- así como desde sus primeros esbozos como tal –y a pesar de no circunscribirse únicamente a este tipo de trastornos-, se encontraban bajo el ala de las neurosis cuadros tales como la histeria, la hipocondría y la melancolía, a la vez que referencias a síntomas incluidos en conceptualizaciones actuales de la ansiedad como disnea, dispepsia o palpitaciones. Por ende, nos encontramos con un término que, llegado el caso, y a pesar de su heterogeneidad, guarda una relativamente cercana correspondencia con lo que consideramos hoy por hoy trastornos mentales y, en especial con el espectro ansiedad-depresión.

Así, por ejemplo, el médico francés Paul Briquet (1796-1881) definía a la histeria como una neurosis del encéfalo, cuya sintomatología

podía incluir constricción epigástrica, opresión torácica palpitations, sofocación, mareos y agitación (Briquet, 1859, citado en Conti & Stagnaro, 2007). Esto es, manifestaciones que nos refieren a aquellas atribuibles a la ansiedad o a la angustia, como previamente señalamos en el punto anterior. Por su parte, Jean-Marie Charcot (1825-1893), hace referencia a la neurastenia histérica masculina, la cual ejemplifica a partir de un caso clínico de un sujeto que refiere síntomas tales como sensación de ahogo, tinitus, palpitations, tambaleos, alteraciones visuales y sensación de desmayo (Charcot, 1888-1889, citado en Conti & Stagnaro, 2007).

Es necesario destacar, además, la referencia que encontramos a tal asociación en la obra de Freud. En muchos de sus trabajos se evidencia una estrecha relación entre la sintomatología ansiosa y el concepto de neurosis. Sin ir más lejos, desde sus primeras obras este autor se refiere a distintos cuadros, la histeria, la neurosis obsesiva, la histeria de angustia, la neurosis de angustia y la neurastenia, los cuales agrupa en las categorías de de neurosis actuales y psiconeurosis. Según Vallejo Ruiloba & Gastó Ferrer (2000), la obra freudiana resulta novedosa y revolucionaria por agregar una variable simbólica a la concepción de la neurosis, así como también por darle un sustento teórico unificador para su explicación etiopatogénica.

La “neurosis de ansiedad” o “neurosis de angustia” –cuya descripción más célebre fue realizada por Freud a finales del siglo XIX– fue, hasta la década de 1980, el diagnóstico por excelencia en torno a la ansiedad. Sin embargo, la generalidad y poca especificidad del término “neurosis”, sumado a los desarrollos en torno a las bases biológicas, psicológicas y sociales de la ansiedad –que privilegiaban una clasificación más descriptiva que conceptual para las investigaciones– hicieron que este término sea finalmente removido de la tercera edición del manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980), así como también de sus posteriores ediciones. Sin embargo, como veremos posteriormente, en los trastornos neuróticos siguen siendo una categoría actual y válida e íntimamente relacionada con la ansiedad y las fobias según la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010 – CIE-10). Asimismo, en nuestro medio local, la amplia aceptación y difusión del psicoanálisis hizo de “las neurosis” uno de los conceptos más utilizados tanto en el campo específico de las disciplinas “psi”, como en el contexto cotidiano.

### **Antecedentes de los diagnósticos actuales**

De todas maneras, la heterogeneidad sintomática de las descripciones de estos cuadros, sumado tanto a las limitaciones como a los avances en relación a los métodos e instrumentos diagnósticos, permitió que sea posible rastrear los antecedentes de la ansiedad en el seno de una gran diversidad de disciplinas biomédicas. En efecto, tal como lo plantea Berrios (2008), antes de formar parte de un concepto más o menos unitario, los síntomas de ansiedad aparecían en áreas tan disímiles como la cardiovascular, gastrointestinal, del oído interno, o neurológica, lo que puede evidenciarse en el hecho de que hasta finales del siglo XIX los trabajos en relación a ella se encontraban en revistas médicas, y no específicamente psiquiátricas (pp. 330). Pasaremos a continuación a puntualizar algunos de los cuadros que pueden funcionar como antecedentes de los trastornos de ansiedad tal como los conocemos en la actualidad.

Delirio emotivo (délire emotif): Bénédicte-Augustin Morel (1809-1873) describió, a finales del siglo un cuadro denominado “delirio emotivo”.

Las causas de tal condición se relacionan con una posible fragilidad funcional del “sistema nervioso ganglionar visceral”, disfunción que se acompaña de síntomas de ansiedad, obsesiones y fobias y de alteraciones cutáneas, gastrointestinales y cardiovasculares (Berrios, 2008).

Neuropatía cerebro-cardíaca: La neuropatía cerebro-cardíaca propuesta por Krishaber en 1873 refería a una inestabilidad patológica de los vasos sanguíneos que producía síntomas como vértigo, aturdimiento, palpitations, tinnitus, temblores, náuseas, síntomas gastrointestinales diversos, fobia y alteraciones en la concentración (Berrios, 2008).

Agorafobia: En el año 1871 Carl Otto Westphal (1833-1890) publica un artículo en el que introduce el término “agorafobia” y realiza una primera descripción de este tipo de cuadros a partir de la observación de tres casos clínicos. La sintomatología que señalaba Westphal consistía en mareos, ansiedad, palpitations y temblores, siendo la ansiedad el factor central para la conceptualización del cuadro. Su contemporáneo, V. Benedikt había descrito un cuadro similar un año antes, al cual denominó Platzschwindel, aunque, a diferencia de Westphal, ubicó a los mareos como síntoma principal (Gelder, 1982). Asimismo, pocos años después, el psiquiatra francés Legrand du Saulle distingue el vértigo objetivo de un trastorno al que denomina peur des espaces, señalando que en realidad el término agorafobia es limitado por no dar cuenta de que el trastorno puede aparecer no sólo en espacios abiertos, sino también en calles, teatros y medios de transporte públicos (Berrios, 2008; Trotter, 2004). En la actualidad, la agorafobia se encuentra incluida dentro del sistema clasificatorio de las enfermedades mentales (DSM-IV TR y CIE-10, formando parte del capítulo de los trastornos de ansiedad.

Neurastenia: George Beard, médico y cirujano estadounidense introdujo, en 1879, el término neurastenia para designar un estado crónico de agotamiento físico y mental, acompañado por síntomas vagos y generalizados de disconfort y disfunciones corporales. Tal estado se caracterizaba por presentar síntomas como presión torácica, miedos inexplicables, vértigo, escalofríos, temblores y hormigueos (Beard, 1881; Costa Pereira, 2002). Las causas de la neurastenia se relacionaban con una predisposición constitucional (debilidad nerviosa), a la vez que se enfatizaba en la influencia de la sociedad moderna en la génesis de esta enfermedad, dadas las exigencias que le imprime ésta al sistema nervioso (Beard, 1881). Pese a su limitada inserción en los manuales diagnósticos norteamericanos –únicamente fue incluido como diagnóstico en la segunda edición del DSM–, éste fue un concepto extensamente difundido en la cultura psiquiátrica mundial, que ha alcanzado una gran adherencia incluso en contextos diversos a los de su origen, como China y Japón (Kleinman, 1986; Kitanshi & Kondo, 1994). La categoría de neurastenia fue adoptada por Charcot e incluida, junto con la histeria, en el grupo de las “grandes neurosis” (Conti & Stagnaro, 2007). Años después fue discutida por Sigmund Freud en uno de sus más célebres y tempranos trabajos, particularmente en relación a sus especificaciones etiológicas y su distinción de otro grupo de trastornos, como es la neurosis de angustia. De todas maneras, como veremos más adelante, en la actualidad los sistemas diagnósticos operativos de la psiquiatría occidental no incluyen a la neurastenia como una categoría diagnóstica. Ello, empero, no significa que haya desaparecido como concepto psicológico-psiquiátrico; de hecho, en la actualidad se lo asocia, por ejemplo, con el síndrome de fatiga crónica o la fibromialgia.

Corazón irritable – Astenia neurocirculatoria: El surgimiento de este síndrome se relaciona con dos grandes eventos. Por un lado, un escenario bélico –la Guerra Civil Norteamericana-, situación que fue el contexto de aparición de síndromes con estas características. Por otro lado, a un descubrimiento ha habré de revolucionar la biomedicina de la época: el estetoscopio (Kugelmann, 2009). Este instrumento, al ampliar el rango perceptivo sobre el cuerpo, permitió realizar nuevas conceptualizaciones diagnósticas, en especial aquellas referentes al plano cardíaco. Asimismo, la medicina de los tiempos de guerra también veía ampliada la variedad de sintomatología, así como también el número de pacientes.

La primera descripción del Síndrome del Corazón Irritable fue realizada en los Estados Unidos por Alfred Stillé (1813-1900) en 1863, el cual era caracterizado como “un estado de agotamiento extremo, especialmente cuando era producido por esfuerzos musculares prolongados y violentos” (1863, citado en Kugelmann, 2009, la traducción es nuestra), coherente con el trabajo y las acciones propias de los campos de batalla. Asimismo, H. Hartssthorne (1823-1897) también había hecho referencia en el mismo año a un cuadro caracterizado por el “agotamiento muscular del corazón” (Paul, 1987). Pocos años después, en Gran Bretaña, WC Maclean publica en la *British Medical Journal* un artículo en el que se refiere a las enfermedades cardíacas del ejército británico. Pese a no hacer una descripción sistemática de la sintomatología de estas enfermedades y asociar su etiología a una hipertrofia cardíaca, también hace referencia al papel del agotamiento físico en el desarrollo de tales enfermedades (Paul, 1987).

De todas maneras, el referente más notorio de este trastorno es Jacob Mendez Da Costa (1833-1900), quien en el año 1871 publicó un célebre artículo en la *American Journal of Medical Sciences* sobre una enfermedad cardíaca muy común entre los soldados a la cual denominó “corazón irritable” (irritable heart). Entre los síntomas más destacados de este síndrome se encuentran las palpitaciones, el dolor cardíaco, el aumento del ritmo cardíaco, la respiración entrecortada y la opresión sobre el esfuerzo; asimismo también se incluían síntomas “nerviosos” tales como dolores de cabeza, mareos, agitación durante el sueño y pesadillas (Da Costa, 1871, citado en Kugelmann, 2009). Las causas podían encontrarse, en principio, en el sobreesfuerzo del corazón, los cuales podían estar relacionados con cuestiones emocionales, tensiones, shocks emocionales, excesos en el comer y el beber, abuso de sustancias (café, té, tabaco) o trastornos sexuales (Da Costa, 1874, citado en Kugelmann, 2009). En definitiva, el corazón irritable –también llamado “Síndrome de Da Costa- es “parte de una cadena causal que puede ir desde el exceso de las campañas militares o del sobretrabajo en la industria y el comercio hasta enfermedades orgánicas del corazón, particularmente enfermedad valvular” (Kugelmann, 2009: 95).

Décadas después, durante la Primera Guerra Mundial, Lewis distinguió entre los soldados el síndrome del esfuerzo, un trastorno funcional del corazón que constaba de síntomas tales como fatiga, dolor en el pecho, mareos, dolores de cabeza, palpitaciones y dificultades respiratorias, de las cardiopatías que constaban de una base fisiológica o anatómica determinada. En posteriores trabajos tal denominación fue modificada, adoptándose el término astenia neurocirculatoria, dado que se evitaba así una referencia concreta a las cardiopatías reales, o bien al miedo de padecerlas (Hinton & Hinton, 2009). En la actualidad, el Corazón irritable, el Síndrome de Da Costa, el Corazón de soldado, el Síndrome del esfuerzo, la

Astenia neurocirculatoria se los considera, en su conjunto, como los antecedentes más evidentes de las categorías de Trastorno de Pánico y Trastorno por Estrés Postraumático de las clasificaciones actuales.

### Palabras finales

En resumen, es evidente que el concepto de neurosis –como también las entidades mórbidas a las cuales se asocia- ha podido abarcar una gran diversidad de campos dentro de la biomedicina, a la vez que ha generado distintas especulaciones en torno a su posible explicación, los aspectos implicados en sus causas, como así también las posibles estrategias terapéuticas que podrían ser útiles a la hora de pensar un tratamiento. A su vez, hemos podido observar cómo, a pesar de que desde mediados del siglo XX las neurosis –y su heredera por excelencia, la ansiedad- han sido objeto de estudio casi exclusivo de la psiquiatría y la psicología, su modo de expresión fundamentalmente somática las hacían parte de ramas biomédicas tales como la neurología o la cardiología.

Esta característica de diversidad sintomática de estos cuadros mórbidos no sólo ha impactado en lo que hace a las disciplinas biomédicas que la han tomado como objeto de estudio, sino también en las opciones terapéuticas que se promueven para su tratamiento, ya sean éstas propuestas por la medicina oficial o por aquellas que no entran dentro de esta categoría (entre las cuales se incluyen terapias alternativas, religiosas, o cualquier modalidad de autotratamiento).

### Notas

(1) Thomas Sydenham (1624-1689) fue uno de los médicos más reconocidos de la Inglaterra del siglo XVII. Es considerado como uno de los precursores de los sistemas diagnósticos actuales, dado que propuso que las clasificaciones mórbidas no se basen en teorías especulativas, sino más bien en descripciones clínicas precisas. Tomó como modelo las clasificaciones botánicas, sosteniendo que debe tenerse en cuenta el mismo nivel de detalle. Asimismo, fue uno de los precursores en lo que hace a relacionar diagnóstico y pronóstico de las enfermedades (Balint et al, 2006).

(2) De todas maneras, la denominación “enfermedades nerviosas”, a pesar de la aparición del concepto de neurosis, siguió utilizándose hasta la actualidad. El taxón “nervios” es una categoría que aún sigue vigente y que, de hecho, ha generado discusiones en torno a su relación con los trastornos de ansiedad según el DSM-IV.

(3) Thomas Willis, sobre las afecciones histéricas e hipoconíacas (1676) y Thomas Sydenham sobre el pool histero-hipoconíaco (1682) (Vallejo Ruiloba & Gastó Ferrer, 2000)

### Bibliografía:

- Balint, GP., Buchanan, WW. & Dequeker, J. (2006) A brief history of medical taxonomy and diagnosis, *Clinical Rheumatology*, 25: 132-135
- Beard, G. (1881) *American Nervousness, its Causes and Consequences*. New York: Putnam & Sons.
- Beer, D. (1996) The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective, *History of Psychiatry*, 7(26): 231-255.
- Berrios, G. (2008) *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica
- Conti, NA. & Stagnaro, JC. (2007) *Historia de la ansiedad. Textos escogidos*. Buenos Aires: Polemos
- Costa Pereira, ME. (2002) *George Beard: neurastenia, nervosidade e cultura*,

- Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, V (1): 170-175.
- Cullen, W. (1783) *Synopsis Nosologiae Methodicae. Sistens Morborum Classes Genera et Species.* Abraham Hodge.
- Cullen, W. (1808) *Methodical System of Nosology.* Stockbridge: Cornelius Sturtevant.
- Gelder, MG. (2002) Agoraphobia and space phobia, *British Medical Journal*, 284: 72.
- Hinton, D. & Hinton, SD. (2009) Twentieth-Century theories of Panic in the United States: From cardiac vulnerability to catastrophic cognitions. En: Hinton, D. & Good, B.J., *Culture and Panic disorder.* Stanford: Stanford University Press.
- Kitanishi, Kenji & Kondo, Kyoichi (1994) The Rise and Fall of Neurasthenia in Japanese Psychiatry, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 31: 137-152
- Kleinman, A. (1986) *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China.* New Haven: Yale University Press.
- Køppe, Simo (2009) Neurosis: aspects of its conceptual development in the nineteenth century, *History of Psychiatry*, 20 (1): 27-46
- Kugelmann, R (2009) The Irritable Heart Syndrome in the American Civil War. En: Hinton, D. & Good, B.J., *Culture and Panic disorder.* Stanford: Stanford University Press.
- Paul, O. (1987) Da Costa's Syndrome or neurocirculatory asthenia, *British Heart Journal*, 58: 306-315.
- Trotter, D. (2004) The invention of agoraphobia, *Victorian Literature and Culture*, 32: 463-474.
- Vallejo Ruiloba, J. & Gastó Ferrer, C. (2000) *Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión*, 2da Edición. Barcelona: Masson.