

Sobre los Estados Mixtos de la locura Maníaco-Depresiva. Un aporte a la Clínica Psiquiátrica

Wilhelm Weygandt

Marcelo Cetkovich-Bakmas, Gustavo Vázquez, Micaela Dines, Verónica Grasso, Bárbara Hofmann y Daniel Sotelo (*Editores*)



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA



LÍNEA
NEUROPSIQUIÁTRICA
ROEMMERS

INQUETIA

QUETIAPINA

LA MOLÉCULA EFICAZ
EN TRASTORNOS AFECTIVOS ^{1,2}



PRESENTACIONES

INQUETIA 25 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

INQUETIA 100 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

INQUETIA 200 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

REFERENCIAS: 1- Karamatian K, Chithra NK, Yatham LN. The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence. Focus (Am Psychiatr Publ). 2023 ;21(4):344-353. 2- Corrales A.; Cetkovich-Bakmas, M.; Corral, R.; García Bonetto, G.; Herbst, L.; Lupo, C.; Morra, C.; Mosca, D.; Strejilevich, S.; Vilapriño, J.J.; Vilapriño, M.; Vázquez, G. Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2020, Vol. XXXI: 1-40.



Marcelo Cetkovich-Bakmas

Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Fundación INECO - Universidad Favaloro). Instituto de Neurología Cognitiva INECO, CABA, Argentina.

Gustavo Vázquez

Professor, Department of Psychiatry, Queens University Medical School, Kingston, Ontario. Canadá.

Daniel Sotelo

Médico (Universidad Nacional de Córdoba). Especialista en Psiquiatría (Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba). Iternova, Asistencia e Investigación en Salud Mental, Córdoba, Argentina.

Bárbara Hofmann

Médica (USAL). Especialista en Psiquiatría (UBA). Especialista en Medicina Legal (UBA).

Micaela Dines

Médica Psiquiatra. Hospital General de Agudos Dr. "Juan A. Fernández", CABA, Argentina. Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Fundación INECO - Universidad Favaloro).

Verónica Grasso

Médica Psiquiatra. Fundación CIPCO (Centro Integral de Psicoterapias Contextuales) Córdoba, Argentina. Iternova, Asistencia e investigación en salud mental.



ÍNDICE

Prólogo	3
Prefacio	5
Presentación	11
Introducción	13
Sobre Los Estados Mixtos de la Locura Maníaco- Depresiva. Un aporte a la Clínica Psiquiátrica	15
Los Estados Mixtos en la actualidad	66
Referencias bibliográficas	73



PRÓLOGO

Los textos que tengo el gusto de prologar son de importancia capital, no solo para los interesados en la temática específica de la “Locura maniaco depresiva” (según la denominación de Wilhelm Weygandt), sino también para todos los interesados en la psicopatología general y la clínica psiquiátrica.

Los Dres. Cetkovich-Bakmas, Vázquez, Sotelo, Dines, Hofmann y Grasso realizan una revisión muy bien fundada del estado actual del conocimiento en los Estados Mixtos.

En el texto de Weygandt, al que ahora podemos acceder en nuestro idioma gracias a este trabajo, quedan asentadas desde el inicio las tres dimensiones que están involucradas en el trastorno: el afecto, la psicomotricidad y el curso del pensamiento. Es esta triple afectación de las tres áreas, lo que hace de la locura maniaco depresiva una enfermedad específica. No parece casual que el texto fundamental de Goodwin y Jamison, “Manic-depressive illness”, publicado en 1990 por Oxford University Press, en su primera edición, haya elegido la palabra “Enfermedad” en su título y la conservara en la segunda edición de 2007 (Goodwin, F.K. y Jamison, K.R. (1990).

Weygandt, con el único recurso de la observación meticulosa, deja sentadas las bases para reconocer en la afectación de tres áreas específicas y con una evolución predecible, la condición de una enfermedad que aún encaja bien en el concepto moderno de esta condición.

Con la aparición del DSM-III en 1980, se cambia el nombre de esta enfermedad a “Trastorno Bipolar” jerarquizando la alteración del área afectiva e incluyéndolo en el apartado de los Trastornos Afectivos.

Se minimiza entonces la identidad de la enfermedad maniaco depresiva como una entidad que por su evolución debía diferenciarse la Demencia Precoz, según el paradigma establecido por Kraepelin en 1883 en su *Lehrbuch der Psychiatrie* (*Manual de Psiquiatría*), cuyo impacto profundo suele fijarse a partir de su traducción al inglés en 1913.

Recién con la publicación del DSM-5 en 2013, los llamados “Trastornos Bipolares” (recordemos, desde el DSM-III), vuelven a categorizarse como entidad autónoma, en un regreso a las mejores conceptualizaciones que acertadamente realizaron tanto Weygandt como Kraepelin.

Ambos autores destacaron la naturaleza típica y propia de estos fenómenos clínicos y lo frecuente de su presentación.

El trabajo de la traducción de esta monografía por parte del Dr. Marcelo Cektovich y colaboradores, es de fundamental importancia en estos momentos, donde el tema de los estados mixtos constituye uno de los puntos controversiales en la clínica cotidiana, por la necesidad de aumentar su reconocimiento y mejorar el diagnóstico. Va de suyo que la importancia de estos puntos es decisiva a la hora de instaurar un tratamiento que puede incluso, en el caso de no ser el adecuado, aumentar la sintomatología y empeorar el curso de la enfermedad ensombreciendo el pronóstico.

El trabajo de revisión del estado actual del conocimiento sobre los estados mixtos, destaca la importancia cuantitativa que estos cuadros clínicos tienen, las limitaciones que textos como el DSM-5 presentan a la hora de la conceptualizaciones del trastorno y la necesidad de encontrar criterios válidos para apoyar el reconocimiento y el diagnóstico, como así también el estado actual de la evidencia para los distintos fármacos que habitualmente se prescriben, no siempre apoyados en la mejor evidencia.

Estos textos son de una importancia capital, tanto por el foco sobre los estados mixtos, cuanto por la oportunidad de realizarlo. Todos los que trabajamos en clínica psiquiátrica acordamos en la necesidad de reconocer, entender y atender mejor este tipo de presentaciones clínicas tan frecuentes.

Sin dudas, constituyen una gran contribución a nuestra práctica por hacer accesible un trabajo fundacional como la monografía de Weygandt y una revisión actualizada del estado actual de tema.

Gerardo García Bonetto

Médico Especialista en Psiquiatría

Licenciado en Psicología

Presidente del Capítulo de Trastornos Bipolares AAP

A sepia-toned portrait of Wilhelm Weygandt, a man with a prominent mustache and round-rimmed glasses, looking slightly to the right. The image is partially obscured by a teal and yellow geometric design on the left side of the page.

PREFACIO

Cuando en mayo de 1995 publicamos con Carlo Maggini y Angela Gerhard, para Edizioni ETS de Pisa, la traducción al italiano de la monografía de Wilhelm Weygandt titulada *Sugli Stati Misti della Psicosi Maniaco-Depressiva* no podíamos imaginar cómo aquella breve aventura editorial, aparentemente de nicho, habría influido significativamente en posteriores trayectorias de investigación.

La intención en aquel momento había sido sobre todo hacer accesible un texto fundamental sobre el tema a un público más amplio de clínicos y estudiosos italianos y emprender un análisis crítico de un área temática de gran complejidad e interés, no sólo heurístico sino también pragmático, acercándose directamente a la fuente de su conceptualización original.

La redacción de la tesis de postgrado, a partir de la cual se había iniciado dos años antes este proyecto sobre Weygandt y los estados mixtos, estuvo motivada inicialmente por la curiosidad y el entusiasmo ante una obra escrita por un joven psiquiatra en formación en la Alemania de finales del siglo XIX y alumno desconocido de un maestro indiscutible, Emil Kraepelin, a quien, sin embargo, parecía haber proporcionado la piedra angular decisiva en la construcción clínico-descriptiva sistemática del edificio maniaco-depresivo en el que el estado mixto constituía por un lado la piedra angular y por otro se convertía en la expresión fenoménica nuclear de la unidad de la enfermedad.

La fascinación por el espíritu visionario y contracultural de Weygandt como director de "asilos para alienados" que surgió de la lectura de la biografía del autor, le siguió la constatación de que la obra sobre los estados mixtos contenía intuiciones psicopatológicas y reflexiones clínicas indispensables para quien quisiera abordar con rigor y espíritu crítico el estudio y el manejo psiquiátrico de los trastornos del estado de ánimo, en particular de la enfermedad bipolar.

Treinta años después, la oportunidad de preparar el prefacio a la primera edición en español de la monografía nos permite echar un vistazo a los horizontes temáticos que parecen haberse abierto a partir de las intuiciones y reflexiones weygandtianas a lo largo de más de un siglo de evolución del pensamiento

y la investigación en psiquiatría. En particular, mencionaremos aquí el papel que potencialmente desempeñan en la psicopatología del suicidio tanto los trastornos de la dimensión psicomotriz como la inestabilidad dinámica según Werner Janzarik [12].

En un lugar destacado entre todas las cuestiones conceptuales que parecen haberse originado a partir del pensamiento de Weygandt sobre los estados mixtos se encuentra la necesidad de una superación del paradigma teórico dominante, por así decirlo «tímico-céntrico», es decir, de la primacía de los trastornos afectivos respecto de las alteraciones de la esfera psicomotriz y del curso del pensamiento y de la consiguiente subordinación de las funciones motrices e ideacionales a la dimensión tímica dentro de una hipotética configuración jerárquica del psiquismo subyacente a la enfermedad maníaco-depresiva. En efecto, Weygandt había subrayado la importancia de considerar la psicosis maníaco-depresiva como un continuum, tanto en sentido estructural sincrónico (entrecruzamiento de síntomas psicopatológicos) como en sentido de nosodromía diacrónica (secuencias longitudinales de fases y episodios mórbidos), incluyendo todas las posibilidades fenoménicas marcadas por las infinitas gradaciones cuantitativas y cualitativas de los trastornos afectivos, psicomotores e ideacionales y todas las transiciones posibles desde la manía pura o la depresión estuporosa hasta el caso mixto puro que se manifiesta súbitamente y domina todo el cuadro mórbido. En este continuo, señaló, sería imposible y totalmente arbitrario trazar una frontera bien definida entre las formas mixtas y los cuadros más o menos puros. Según el autor, la característica fundamental de este continuum fenoménico y nosodrómico de expresividad no residía tanto en la recurrencia de las series de síntomas en más y en menos en los dominios funcionales fundamentales de la vida psíquica, sino en la labilidad inherente a estos dominios del funcionamiento mental, en el cambio frecuente de sus trastornos, en su susceptibilidad intrínseca a cambiar tanto cualitativa como cuantitativamente de forma rápida o gradual. Weygandt parecía así lanzar una mirada al nivel transfenoménico en un intento de penetrar en la estructura psicopatológica nuclear de la psicosis maníaco-depresiva y, al tiempo que constataba la imposibilidad de definir la relación existente entre los síntomas derivados de las alteraciones de la afectividad, la psicomotricidad y los procesos ideacionales, cuestionaba la legitimidad. En apoyo de la hipótesis de la centralidad y complejidad intrínsecas de las alteraciones psicomotoras, el autor aportó ejemplos clínicos de cómo la motilidad podía influir directamente en las oscilaciones del eje tímico y en el curso del pensamiento (inducción de estados de ánimo específicos mediante cambios voluntarios en las expresiones faciales y los gestos de actores teatrales noveles; o la mejora del estado de ánimo en pacientes hospitalizados deprimidos incluso tras un breve paseo) y, además, hizo hincapié en cómo las anomalías de la psicomotricidad podían manifestarse de forma selectiva para determinar la coexistencia de bloqueo en algunas modalidades y excitación en otras (por

ejemplo, la coexistencia no infrecuente de mutismo y aumento del impulso motor; o la preservación de movimientos gruesos en presencia de inhibición del habla). Además, estigmatizó como simplista la hipótesis de una mera aceleración de las asociaciones ideativas en la fase maníaca y de una ralentización hasta la inhibición del flujo de pensamientos en la depresión, considerando las modificaciones de las cualidades expresivas de los síntomas como cruciales y más significativas a efectos de comprensión diagnóstica.

El papel central de los trastornos de la actividad motora en la depresión mayor y en la enfermedad bipolar en particular, que siempre se ha observado clínicamente, ha sido confirmado recientemente desde un punto de vista fisiopatológico por datos experimentales sobre la relación significativa entre las alteraciones de los ritmos circadianos de la psicomotricidad monitorizados por actigrafía, los cambios psicopatológicos en los estados afectivos, la vulnerabilidad al suicidio y la experiencia subjetiva de vitalidad [1-5].

En cuanto a la implicación de la motilidad en la propensión al comportamiento suicida, por ejemplo, considérese cómo la experiencia subjetiva de vitalidad constituye un fenómeno nuclear prerreflexivo de la conciencia, caracterizado por un sentimiento omnipresente, de naturaleza cinestésica y cenestésica, de sintonía con la vida del Yo y el mundo intersubjetivo que brota sin mediación conceptual como una experiencia de pura energía psicomotriz que impregna la existencia del sujeto como cuerpo vivido, inmerso en el presente y proyectado intencionalmente hacia el futuro. En este sentido, la experiencia subjetiva de la vitalidad parece representar una dimensión más transparente que la de la ideación suicida en tanto que emerge de la conciencia de forma pre-simbólica como expresión directa de fenómenos kinestésicos y cenestésicos. Por lo tanto, combinar la monitorización de la experiencia subjetiva de vitalidad y la medición objetiva de la actividad psicomotora con la evaluación de los pensamientos de muerte y suicidio puede, sin duda, mejorar la capacidad de identificar el riesgo suicida en pacientes vulnerables que la investigación exclusiva de la ideación autolesiva puede subestimar o incluso no detectar en absoluto. En la práctica psiquiátrica diaria, los cuadros subsindrómicos de disminución de la vitalidad y anergia motora constituyen un reto importante para las estrategias de detección precoz del riesgo suicida, ya que la fenomenología aparentemente benigna de tales cuadros clínicos puede asemejarse a la de meros estados de fatiga física y astenia. Muchos estudios sobre el estado sintomatológico evaluado semanalmente a lo largo de la enfermedad bipolar han encontrado una mayor prevalencia de cuadros subclínicos caracterizados por anergia, anhedonia y enlentecimiento psicomotor que de fases ansioso-disfórico-excitadas como la característica fenoménica por excelencia de la historia natural de la patología bipolar, particularmente en asociación con resultados adversos a largo plazo como el mayor riesgo de suicidio [6-10]. Como informamos recientemente [5], los parámetros objetivos derivados de

la monitorización actigráfica de los ritmos circadianos de la actividad motora reflejaban significativamente las variaciones en la vitalidad subjetiva y su prevalencia con respecto a la ideación suicida. Por lo tanto, los sistemas actuales de análisis del riesgo de suicidio podrían beneficiarse de la monitorización objetiva de la actividad motora y de la evaluación de los niveles de vitalidad subjetiva por encima de la consideración exclusiva de los componentes afectivos negativos, depresivos y disfóricos, contribuyendo así a la creación de enfoques más fiables y menos estigmatizantes de la vulnerabilidad al suicidio. La investigación futura debería explorar las estructuras gestálticas y los correlatos fisiopatológicos que parecen subyacer a las trayectorias fenomenológicas de la experiencia subjetiva que, desde la anergia motora y la pérdida de vitalidad, pueden conducir a la fatiga vital y a la contemplación del suicidio. Este enfoque podría facilitar la identificación de marcadores biológicos de vulnerabilidad y también, en última instancia, apoyar la aplicación de estrategias terapéuticas para la prevención del suicidio dirigidas a mitigar los impulsos vitales y aumentar la resiliencia.

El otro tema importante derivado de la monografía de Weygandt se refiere al papel de la inestabilidad dinámica en la psicopatología del suicidio. Basándose en el modelo psicopatológico de coherencia dinámico-estructural de Werner Janzarik [12], elaborado posteriormente por las Escuelas de Hamburgo y Viena en la conceptualización de los estados mixtos, cuadros mixtos y psicosis de cuadros mixtos [13-15], el constructo de inestabilidad dinámica se caracteriza por desincronizaciones rápidamente discordantes de los sistemas pulsional y anímico que se asocian con niveles crecientes de labilidad y desintegración caótica de los componentes funcionales de la vida psíquica (motilidad, estado de ánimo e ideación) y de sus componentes parciales (expresión mímica, habla, movimientos finos y gruesos, cambios en el tono muscular, resonancia emocional, cambios en la forma y el contenido del pensamiento) según diferentes modalidades y secuencias temporales que implican transiciones y fluctuaciones entre la inhibición y la activación. Tales condiciones psicopatológicas pueden conducir a estados repentinos de agitación, impulsividad y violencia con una particular propensión al comportamiento suicida.

Como informamos recientemente [11], los pacientes psicóticos en primer episodio que habían intentado suicidarse poco antes de ser hospitalizados experimentaron una compleja mezcla de fenómenos psicopatológicos aparentemente contradictorios de forma más significativa que los sujetos no suicidas al inicio. Estos fenómenos psicopatológicos incluían comportamientos temerarios, impulsivos y violentos, tendencias homicidas, ira, desesperación, ideas de culpabilidad, pensamientos suicidas, rumiación y pánico junto con anergia y enlentecimiento psicomotor. Se trataba, pues, de oscilaciones concomitantes o rápidamente alternantes de niveles excitados e inhibidos de excitación, afectividad, resonancia emocional, ímpetu vital y actividad psicomotriz, así como de estados fluctuantes de impulsividad, agresividad y ansiedad.

La trayectoria psicopatológica de vulnerabilidad al suicidio subyacente a la coexistencia o rápida alternancia del bloqueo y la excitación de funciones psíquicas totales o parciales ya había sido puesta de relieve por Weygandt en su descripción del caso clínico E. J. en el que dos tentativas de suicidio y un suicidio completo habían madurado en este magma de síntomas contradictorios en el que prolongados estados de inhibición motora y lentitud del habla se veían repentina e inexplicablemente interrumpidos por picos de impulsividad y excitación. Por tanto, creemos que la integración en la práctica clínica contemporánea de conceptos derivados de la psicopatología clásica como la inestabilidad dinámica y la desincronización de los sistemas pulsional y del estado de ánimo pueden contribuir al avance de las estrategias de prevención y gestión del riesgo de suicidio, al permitirnos centrarnos en la naturaleza multidimensional y aparentemente contradictoria de las experiencias subjetivas que preceden a la conducta suicida, dando cuenta de la complejidad intrínseca del conflicto interno entre el deseo de muerte y el impulso vital.

Prof. Paola Salvatore

*International Consortium for Mood and Psychotic Disorders Research,
Laboratory for Early Psychosis Research (LEAP) Center,
McLean Hospital, Harvard Medical School.*

Referencias bibliográficas

1. Salvatore, P., Ghidini, S., Zita, G., Lambertino, S., De Panfilis, C., Maggini, C., Baldessarini, R. J. (2008). Circadian activity rhythm abnormalities in ill and recovered Bipolar I Disorder patients. *Bipolar Disorders*, 10(2): 256–265.
2. Indic, P., Salvatore, P., Maggini, C., Ghidini, S., Ferraro, G., Baldessarini, R. J., Murray, G. W. (2011). Scaling behavior of human locomotor activity amplitude: association with bipolar disorder. *PLoS One*, 6(5): e20650. Epub 2011 May 31.
3. Indic, P., Murray, G., Maggini, C., Amore, M., Meschi, T., Borghi, L., Baldessarini, R. J., Salvatore, P. (2012). Multi-scale motility amplitude associated with suicidal thoughts in major depression. *PLoS One*, 7(6): e38761. Epub 2012 Jun 12.
4. Salvatore, P., Indic, P., Murray, G., Baldessarini, R. J. (2012). Biological rhythms and mood disorders. *Dialogues Clin Neurosci*, 14: 369–379.
5. Salvatore, P., Indic, P., Khalsa, H-M. K., Tohen, M., Baldessarini, R. J., and Maggini, C. (2023). Circadian Activity Rhythms and Psychopathology in Major Depressive Episodes: Relation to Suicidal Risk. *Psychopathology*; Jul 27:1-9. <https://doi.org/10.1159/000530768>. Epub ahead of print
6. Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., et al. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59(6): 530–7. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.530>

7. Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., et al. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 6(2):127–37. <https://doi.org/10.1017/S1461145703003341>
8. Post, R. M., Denicoff, K. D., Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T. M., et al. (2003). Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry* 64(6):680–90; quiz 738–39. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0610>
9. Joffe, R. T., MacQueen, G. M., Marriott, M., Trevor Young, L. (2004). A prospective, longitudinal study of percentage of time spent ill in patients with bipolar I or bipolar II disorders. *Bipolar Disord*, 6(1):62–6. <https://doi.org/10.1046/j.1399-5618.2003.00091.x>
10. Paykel, E. S., Abbott, R., Morriss, R., Hayhurst, H., Scott, J. (2006). Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* Aug;189:118–23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.013870>. PMID: 16880480
11. Salvatore, P., Khalsa, H. M. K., Baldessarini, R. J., Tohen, M. (2025). Suicide attempts in first-episodes of major psychiatric disorders with psychotic features. *JNMD*. En prensa.
12. Janzarik, W. (1959). *Dynamische Grundkstellationen in Endogenen Psychosen*. Springer Verlag.
13. Mentzos, S. (1967). *Mischzustände und Mischbildhafte Phasische Psychosen*. Ferdinand Enke.
14. Berner, P. (1991). Delusional atmosphere. *Br J Psychiatry, Suppl.*, 14(11), 88–93.
15. Maggini, C., Salvatore, P., Gerhard, A., Migone, P. (2000). Psychopathology of stable and unstable mixed states: an historical view. *Compr Psychiatry*, 41(2), 77–82. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)90136-6](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90136-6)



PRESENTACIÓN

La lectura atenta de la obra de Emil Kraepelin en su conjunto, así como la monografía de su discípulo Wilhelm Weygandt, cuya primera traducción al español aquí presentamos, se nos ocurre como lo más parecido a un verdadero hallazgo científico ocurrido en la psiquiatría. Una divisoria de aguas que marca el final de un período confuso en el qué no quedaba claro si los conceptos que utilizaban los alienistas del siglo XIX designaban un síntoma, un síndrome o una enfermedad. La idea de dimensiones y categorías era un concepto borroso y tácito, y la obra de Kraepelin actuó como un verdadero hito fundante.

A partir de allí, en la ausencia absoluta de validadores externos, como los marcadores biológicos, se construye la catedral de la clínica psiquiátrica; mediante la observación minuciosa de los síntomas, la carga familiar, el curso y el pronóstico, la psicopatología descriptiva va cumpliendo el designio de la "calibración progresiva" de la que nos habló Germán Berrios y adquiere precisión y facilita el intercambio y la validación de los tratamientos. No queremos discutir aquí el desvío que significaron las diversas ediciones de los manuales diagnósticos, ya que se hace patente en el escrito sobre el estado actual del arte del diagnóstico y tratamiento sobre los estados mixtos, que hemos desarrollado y agregado al final de la monografía de Weygandt. De esta manera cumplimos el objetivo de brindar al lector atento la posibilidad de acceder al revelador escrito original de Weygandt y, al mismo tiempo, dar un panorama actual sobre el tema.

Los estados mixtos han adquirido una gran relevancia por su alta prevalencia y porque representan uno de los desafíos diagnósticos y terapéuticos más complejos que enfrenta el psiquiatra clínico en su trabajo cotidiano.

Nos complace presentar esta primera traducción al español, facilitada por los avances de los modelos de lenguaje masivo, pero imposible de realizar sin el concurso de un grupo de especialistas experimentados en la clínica y la investigación que contó, además, con un especialista bilingüe que consolidó el trabajo de traducción.

Queremos agradecer al Dr. Juan Carlos Stagnaro y al personal de Editorial Pólemos el apoyo brindado para que este trabajo comunitario vea la luz.

No tenemos dudas que el trabajador de la salud mental encontrará en este volumen un texto valioso, entretenido y de enorme utilidad.

Queremos cerrar este prólogo agradeciendo a nuestras familias, que nos apoyan, alientan y acompañan en forma cotidiana y a la memoria de nuestros maestros, aquellos que nos enseñaron el camino del conocimiento como única forma posible de ayudar al sufriente.

Bárbara Hofmann

Verónica Grasso

Micaela Dines

Daniel Sotelo

Gustavo H. Vázquez

Marcelo Cetkovich Bakmas



INTRODUCCIÓN

En 1899, Wilhelm Weygandt publicó su monografía *Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins* (*Sobre los estados mixtos de la enfermedad maníaco-depresiva*), un trabajo precursor en la comprensión de los trastornos afectivos que sigue siendo relevante más de un siglo después. Su investigación se sitúa en el cruce de las teorías psiquiátricas de la época, marcando un hito en la clasificación y caracterización de los estados mixtos de la enfermedad maníaco-depresiva, un concepto que había sido apenas esbozado en la obra de su mentor, Emil Kraepelin.

Weygandt y Kraepelin, a través de una colaboración enriquecedora, delinearon seis formas clínicas de estos estados mixtos; un esfuerzo que sentó las bases de la conceptualización actual de los trastornos bipolares. A pesar de las controversias históricas y las fluctuaciones en la percepción clínica de estos estados, la obra de Weygandt sigue influyendo profundamente en la psiquiatría moderna, especialmente en la evaluación de la morbilidad asociada a los trastornos afectivos.

En la práctica clínica actual, los “estados mixtos” continúan siendo una de las manifestaciones más complejas y graves de los trastornos afectivos. Su asociación con una alta carga de morbilidad, mayor riesgo de hospitalización y su impacto en la calidad de vida de los pacientes, subraya la urgencia de abordarlos con una comprensión precisa y un enfoque terapéutico adecuado. Además, su vínculo con el suicidio, los trastornos comórbidos y las respuestas terapéuticas pobres convierten a los estados mixtos en una prioridad clínica y de investigación.

La reactivación de la investigación y el reconocimiento de estos estados como una categoría diagnóstica crucial reflejan que persiste un debate sobre su clasificación y sobre tratamientos certeros que hoy en día son escasos.

La primera traducción de este manuscrito de Weygandt al español se presenta como una oportunidad para revisar y revalorizar sus aportes en un contexto contemporáneo.

Al leer esta obra, el lector no solo se encuentra con una interpretación temprana de los estados mixtos, sino con una invitación a reflexionar sobre los desafíos clínicos que siguen presentes, y sobre cómo las ideas de Weygandt y Kraepelin siguen influyendo en nuestra comprensión de los estados afectivos en la actualidad.

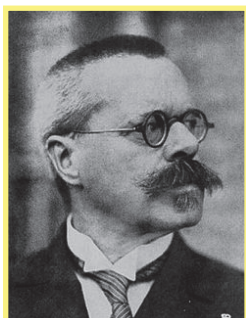
**SOBRE LOS ESTADOS MIXTOS DE LA LOCURA
MANÍACO-DEPRESIVA
UN APOORTE A LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

CON CUATRO FOTOGRAFÍAS Y UNA TABLA LITOGRÁFICA

DE
WILHELM WEYGANDT
DR. PHIL ET MED.

MÉDICO ASISTENTE DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
DE LA UNIVERSIDAD DE HEIDELBERG

München Verlag
de J. F. Lehmann
1899



Wilhelm Weygandt (1870 - 1939)

Wilhelm Christian Jakob Karl Weygandt nació en Wiesbaden en 1870 y murió en la misma ciudad a los 68 años de edad en 1939.

En 1899, publicó la obra que se reproduce en este volumen y, en 1901, su *Atlas und Grundriss der Psychiatrie*. De 1908 a 1934, fue director del manicomio *Staatskrankenanstalt Friedrichsberg* en Hamburgo y de 1919 a 1934, profesor de Psiquiatría en la recién fundada Universidad de Hamburgo.

Es un hecho frecuente que, tanto en la fase maníaca como en la depresiva, de la locura maníaco-depresiva o locura circular, no solo hay períodos intermedios temporalmente libres, sino, aún más frecuentemente, horas o días en los que se presenta un cambio de uno de los síntomas, de modo que la enfermedad muestra un comportamiento casi opuesto a su curso anterior. En un ataque maníaco, el estado de ánimo elevado puede transformarse, repentinamente, en un estado de ánimo profundamente deprimido, mientras que, simultáneamente, continúa la ira más vívida con su impulso de moverse y actuar, con su distractibilidad y su excitabilidad, su verborragia y su fuga de ideas; o bien, después de meses de depresión, de repente una sonrisa recorre los rasgos del paciente, y durante horas y días hay un estado de ánimo maníaco elevado en lugar del deprimido; sin ningún cambio en el comportamiento psicomotor, en la inhibición, a veces permaneciendo en el estupor más intenso. Observando atentamente a los pacientes se verifica con suficiente frecuencia, que en el curso de días se produce un cambio transitorio en el campo psicomotor, mientras que el lado afectivo de la psicosis permanece sin cambios; los pacientes pueden permanecer eufóricos, solo que la excitación maníaca se transforma en inhibición psicomotriz. En lugar del infatigable impulso a la acción, los pacientes demuestran una compulsión por permanecer en la cama, son lentos en sus movimientos y se mantienen más o menos en mutismo. Asimismo, aquellos pacientes que presentan un cuadro de depresión con estupor, a veces, en días o en horas, pueden cambiar a una ligera excitación, inquietud y locuacidad, persistiendo el estado de ánimo depresivo.

Se trata de esas conocidas y comunes, pero debido a su corta duración, menos reconocidas condiciones de la mezcla de síntomas de la fase maníaca y la depresiva de la locura circular. Puede así un síntoma cardinal de una fase, ocupar el lugar del síntoma correspondiente de la otra fase. La peculiar relación entre

los opuestos, en aparente irreconciliable antagonismo entre sí de los grupos de síntomas enfrentados de humor alegre con excitación y depresión con inhibición, se ilumina aún más intensamente por esta ocurrencia de un cruce de los síntomas.

Para comprender los puntos esenciales en su totalidad, hay que considerar también otro par de síntomas opuestos. Tan importante y característico para la manía como el afecto alegre y la excitación psicomotriz, también lo es el cambio patológico en el área del proceso del pensamiento, es decir, la fuga de ideas, esa forma de enlazar ideas sin tener en cuenta la relación conceptual y los objetivos, combinándolas puramente según sus aspectos externos, especialmente por la similitud sonora de las palabras y la fluidez lingüística.

En la fase depresiva, en lugar de la fuga de ideas, encontramos el síntoma correspondiente en el campo del pensamiento asociativo, es decir, la inhibición del pensamiento; fenómeno cuyo conocimiento, en términos psicológicos y clínicos, es cierto que sigue siendo en el que menos se ha avanzado. Se trata aquí de un trastorno asociativo, en el que el curso del pensamiento muestra un alto grado de compromiso; la conexión con las impresiones externas es difícil, la secuencia asociativa de representaciones a menudo se paraliza y se interrumpe. Aunque la investigación en este campo de la perturbación asociativa se encuentra aún en sus comienzos, ya es posible destacar con certeza que el cambio brusco, que se manifiesta en el área afectiva y en la psicomotricidad, también puede observarse en el pensamiento.

¿Cuál sería la relación entre los síntomas pares de las tres áreas: afectiva, psicomotora y asociativa de la vida espiritual entre sí? Hasta el momento aún no puede determinarse. De lo que no cabe duda, es que se ha afirmado repetidamente que la subordinación de los procesos asociativos a los psicomotores aún está por demostrarse y que la doctrina de una simple aceleración del proceso asociativo en la manía y una ralentización en la depresión no es suficiente; los cambios cualitativos desempeñan, sin lugar a duda, un papel importante en la fuga de ideas y la inhibición del pensamiento.

Tampoco es inmune a las contradicciones y objeciones la opinión hasta ahora ampliamente extendida de la enfermedad mental primaria y la primacía del trastorno afectivo. No hay ninguna justificación para subordinar el lado psicomotor de la vida mental al afectivo; solo quiero aprovechar esta oportunidad para señalar el hecho comprobado experimentalmente de que un estímulo psicomotor, incluso un paseo de varias horas, puede provocar un estado de ánimo alegre con un atisbo de fuga de ideas, especialmente asociaciones sonoras. También son conocidas las observaciones de Lessing sobre la producción de afectos basados en una excitación psicomotora; por ejemplo, en el teatro de Hamburgo se recomienda a los actores inexpertos, en primer lugar, imitar fielmente los gestos y los movimientos expresivos que corresponden a un afecto, para así poder evocar ese afecto en sí mismos. Cualquiera que sea el

comportamiento mutuo de las tres áreas de síntomas, tenemos que buscar en estas tres direcciones las áreas esenciales de cuya perturbación común resulta el cuadro peculiar de la locura maníaco-depresiva.

Los cambios bruscos y los estados mixtos de corta duración descritos al principio, no solo se dan en el curso de una u otra fase de la locura circular, para dar paso de nuevo al complejo sintomático habitual, sino que se suceden con especial frecuencia durante la transición de una fase a la otra. Si bien hay muchos casos, en los que los pacientes que ayer se encontraban enérgicamente furiosos, hoy se despiertan deprimidos y estuporosos, ofreciendo un cuadro completamente opuesto. A veces, sin embargo, el cambio se produce primero solo en la esfera psicomotora, la excitación transita a la inhibición, mientras que el estado de ánimo alegre perdura unos días más, antes de dar paso a la depresión. O el cambio se produce primero en el área afectiva y luego en el área de la psicomotricidad. En el período de transición entre los dos cambios, obtenemos de vuelta un cuadro conformado por una mezcla de rasgos de cada una de las dos fases principales.

Basándonos en estos hechos conocidos, llegamos a la interpretación de un número de casos clínicos, cuya clasificación suele presentar especiales dificultades. En algunos casos encontramos una forma mixta de psicosis circular que dura no horas ni días, sino semanas, meses, incluso años, de tal manera que este estado es precedido o finalizado por una certera manía o una depresión, o bien, todo el ataque presenta el cuadro de un estado mixto del principio al fin. En algunos pacientes, todos los ataques que se producen a lo largo de su vida, solo tienen un carácter mixto. En otros casos, sin embargo, el mismo paciente puede sufrir un trastorno maníaco o depresivo, que representa definitivamente un clásico ejemplo, mientras que en otras ocasiones, tarde o temprano, se presenta con una forma mixta. Especialmente tales casos, en los que el mismo paciente sufre el clásico ataque maníaco o depresivo en un momento, pero un estado mixto en otro, son principalmente adecuados para probar la afinidad de tales psicosis con la locura circular.

Si organizamos un amplio material de casos bien observados del campo de la locura circular, se puede encadenar una secuencia continua de casos, que muestra todas las transiciones posibles desde la manía pura o la depresión estuporosa hasta el caso mixto puro, que se presenta de repente y domina el cuadro clínico. Los eslabones intermedios de esta cadena están formados por aquellos casos en los que el estado regular de la enfermedad se ve interrumpido por los breves períodos intermedios y transitorios de carácter mixto descritos anteriormente, además por aquellos en los que, además de los períodos maníacos y depresivos habituales, los síntomas de un área se alternan con mayor frecuencia entre sí, de modo que puede observarse una fluctuación en el estado de ánimo o en la motilidad durante un período de tiempo más largo y, además, por aquellas enfermedades cuyos períodos intermedios y transitorios de carácter mixto no duran días, sino semanas y meses. Junto a aquellos pacientes, cuyas crisis com-

pletas se presentan una vez como un caso clásico y a la siguiente vez muestran un estado mixto, se alinean aquellos escasos de individuos, que en toda su vida solo padecen estados mixtos, y nunca manía o depresión puras.

Sería arbitrario querer excluir estos dos últimos casos del campo de la locura maníaco-depresiva, al que pertenecen absolutamente, si no se exigieran como esenciales los dos patrones de síntomas, por un lado el humor elevado, la excitación psicomotriz y la fuga de ideas y, por el otro, la depresión, la inhibición y la alteración del pensamiento; sino más bien una perturbación en el sentido de una inestabilidad en el área del afecto, la psicomotricidad y el proceso de pensamiento como rasgo característico de todo el cuadro clínico de la psicosis circular o maníaco-depresiva.

Para ilustrar y demostrar clínicamente las hasta ahora afirmaciones sobre la frecuencia y variedad de la mezcla de síntomas en la locura circular, quisiera intentar demostrar gráficamente el comportamiento de los dos síntomas más conocidos, el afectivo y el psicomotor, basándome en casos clínicos realmente observados. Con la ayuda de estos dibujos esquemáticos será muy conveniente hacerse una idea general de cómo se presenta gradualmente la transición de los casos clásicos de locura circular a los estados extremos de locura, de modo que no es posible establecer una distinción clara entre un caso y el otro.

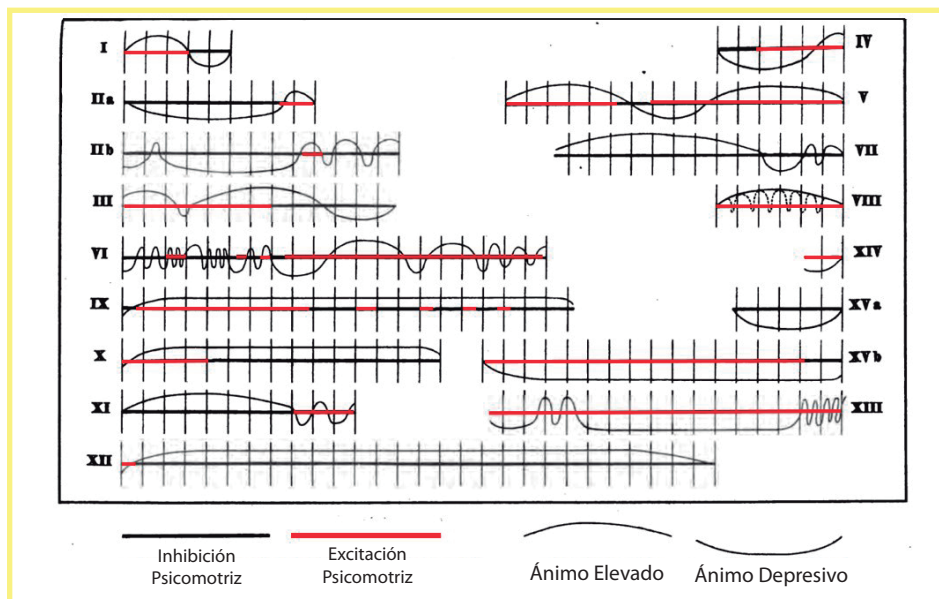
En el esquema de la *Figura 1* la línea de base grafica el comportamiento psicomotor, representando con el color rojo el tiempo de excitación y en color negro el tiempo de inhibición. Siguiendo el proceso de los psicólogos, el comportamiento de la esfera afectiva se expresa mediante curvas por encima o por debajo de la línea de abscisas; el estado de ánimo elevado se indica mediante una curva positiva por encima y la depresión mediante la curva negativa por debajo de la línea de base. Nos abstenemos de toda representación del grado de excitación psicomotriz o del afecto; en nuestro diagrama, el valor de la ordenada no tiene ninguna significación. Cada segmento de la línea de base representa una semana en el curso del episodio en cuestión; solo en el caso XIII se representan 2 semanas y en IX, X, XII un segmento corresponde a un mes.

En el *dibujo I* tenemos el cuadro de la manía típica; línea de base roja: excitación, onda positiva: humor elevado; le sigue el cuadro de la depresión circular habitual con cambios simultáneos en ambas áreas sintomáticas durante un período de 14 días: inhibición (línea de base negra) y humor triste (onda negativa), tras lo cual se produce la curación.

En el *dibujo II a* se muestra un curso igualmente regular, salvo que aquí la depresión se antepone en el cuadro clínico. Durante 7½ semanas hay un estado de ánimo deprimido con inhibición, luego aparece antes de la recuperación, y por un breve período de tiempo, un estado de ánimo alegre con excitación y locuacidad.

En *II b* se representa una crisis de la misma paciente que se produjo luego de un período sano de ocho años. También en este caso el cuadro clínico está domina-

Figura 1. Esquema de la expresión de los síntomas de los Estados Mixtos



Nota: La línea recta más gruesa (en rojo en el original) expresa la inhibición psicomotriz (*Psychomotorische Hemmung*). La línea recta más delgada (en negro en el original) expresa la excitación psicomotriz (*Psychomotorische Erregung*). La línea Curva hacia arriba el estado de ánimo elevado (*Gehobene Stimmung*) y la línea curva hacia abajo, el estado de ánimo depresivo (*Depressive Stimmung*). Las características de cada forma mixta son explicadas en el texto.

do por los síntomas de inhibición y depresión. Pero, ya en la segunda semana, la depresión cede el paso, por un corto tiempo, a un estado de ánimo elevado, mientras que la inhibición continúa; durante estos uno o dos días tenemos aquí un estado mixto. Después de un período más largo de depresión estuporosa, al final de la novena semana aparecen unos días de excitación alegre y locuacidad, seguidos de media semana de estupor con depresión, luego un estado de ánimo alegre con inhibición continuada, es decir, de nuevo un estado mixto, que continua con un breve episodio depresivo, hasta la progresiva recuperación en la semana 12. La paciente enfermó posteriormente y permaneció durante nueve meses en la Clínica de Heidelberg, adonde presentó un cuadro permanente de depresión con inhibición, a excepción de la interrupción que duró un día, en donde presentó un estado de ánimo maníaco con locuacidad.

El caso III llegó a la Clínica como un cuadro de manía típica. Al final de la segunda semana, el estado de ánimo elevado dio paso durante dos días a la depresión, sin embargo, en el área psicomotora continuó un estado de excitación con impulso de hablar, distracción, excitabilidad y también fuga de ideas. A partir de la séptima semana la paciente se inhibió, mientras que el estado de ánimo elevado solo pasó a la depresión al final de la octava semana, tras lo cual, después de un período depresivo-estuporoso, se produjo la recuperación. Entre los cambios psicomotores y afectivos hubo, por lo tanto, un período de

catorce días de un estado mixto con ánimo elevado e inhibición psicomotriz. En la segunda semana, un estado mixto diferente y más breve, se observó en la depresión temporal con una excitación persistente.

La paciente del *caso IV* comenzó estando inhibida y deprimida; al cabo de catorce días se evidenciaron cambios en el comportamiento motor pasando a un estado de excitación y recién a la quinta semana, su estado anímico deprimido viró a uno elevado. El período de transición con inhibición y estado de ánimo maníaco ocupó la mayor parte de la estancia de esta paciente en la institución.

En el *caso V*, predomina el cuadro típico de manía. Sin embargo, a la mitad del episodio el paciente presentó un episodio depresivo con inhibición, de tal modo que el cambio en el área psicomotora precedió al cambio en el área afectiva. Por eso, solo en la 7.^a semana nos encontramos, con el cuadro puro de inhibición y de depresión, mientras que justo antes se encontraba euforia e inhibición y justo después, depresión y excitación.

En el *caso VI*, inicialmente vemos inhibición con depresión, que fue interrumpida muy a menudo por un estado de ánimo elevado que duró de varias horas a varios días. A partir de la octava semana prevaleció la excitación con un estado de ánimo mayoritariamente alegre, pero este cuadro clásico de manía, sufrió a menudo una perturbación debido al cambio de estado de ánimo a depresión que también aquí se produjo.

El *caso VII* comenzó como una manía típica, con excitación y euforia; la cual viró a una depresión inhibida, sin embargo, a partir de ese momento, aparecieron a menudo estados mixtos, en donde la inhibición psicomotora fue reiteradamente interrumpida por excitación, mientras que en su totalidad predominó el estado de ánimo deprimido.

En general, puede decirse que el cambio frecuente en un área de síntomas, la labilidad como encontramos en el *caso VI*, tanto en la esfera del afecto como, en el último caso, en la esfera de la motilidad, también se encuentra predominantemente en la esfera del estado de ánimo.

Las oscilaciones en la esfera psicomotora, como se ve en el final del *caso VII*, son, por lo general, poco frecuentes. Particularmente, con frecuencia se presentan los cambios del humor en combinación con excitación psicomotriz.

En algunos casos el humor varió casi de hora en hora, como en el *caso VIII*. Estos casos impresionan, ya que el afán de ocupación, la locuacidad y la distracción suelen estar en primer plano, habitualmente como manías atípicas; sin embargo, su esencia recién es plenamente comprendida, cuando se las considera estados mixtos.

Cuando en algunos textos, como en la edición anterior del libro de Kraepelin¹, se clasifica el cambio del humor con ánimo predominantemente alegre entre

1. Kraepelin. *Psychiatrie*, V. Aufl. Leipzig 1896, p 597.

los síntomas cardinales de la manía, en la mayoría de los casos esto solo puede referirse a las diferencias de ánimo en un aspecto gradual. Como consecuencia de la distractibilidad y la excitabilidad, ocurre con infinita frecuencia que un paciente maníaco, que durante algún tiempo ha estado bastante tranquilo y parecía ecuánime o solo ligeramente eufórico, se vea rápidamente lanzado a una viva excitación alegre o colérica. Este es un síntoma cotidiano y puede demostrarse en cualquier momento en casi todos los pacientes, mientras que en los casos aquí tratados se trata de un cambio de humor, también en su calidad, de modo que la alegría da paso rápidamente a la depresión o viceversa. Tales cambios de humor son bastante característicos, como nuestras observaciones pretenden subrayar y no son, en absoluto, raramente observados, pero no se encuentran con demasiada frecuencia como un síntoma continuo que ocurra a lo largo de todo el ataque, como en el caso VIII, que fluctuaba constantemente entre el humor elevado y el deprimido, en todo caso no con tanta frecuencia como la excitabilidad del humor en el rango de un mismo tono emocional.

Los estados mixtos descritos esquemáticamente hasta ahora eran, en conjunto, sólo breves períodos intermedios o formas transitorias más o menos largas de una fase a otra de la crisis circular. En el esquema del *caso IX*, cuyas secciones individuales representan meses enteros, luego de un estadio inicial deprimido-inhibido, apareció una manía clásica de diez meses de duración; y, a partir de entonces, el estado de ánimo siguió siendo elevado y exquisitamente maníaco, pero la excitación desapareció dando lugar a un marcado estupor con mutismo, intercalado con períodos excitados individuales muy cortos. Aquí entonces, el estado mixto de inhibición con humor elevado se extendió por casi tres a cuatro años. La misma forma mixta de humor maníaco con estupor se hace aún más prominente en todo el cuadro clínico en el *caso X*, en el que el ataque comenzó con una manía que se instaló durante tres meses, después de lo cual el estado mixto dominó el cuadro durante más de un año completo.

El *caso XI* comenzó asimismo con la forma mixta maníaco-estuporosa, a la que siguió durante tres semanas una alternancia entre excitación depresiva y maníaca. Encontramos un extremo en el *caso XII*, que, tras una breve etapa inicial con excitación y depresión, mostró un cuadro clínico uniformemente coloreado en el sentido del estado de ánimo maníaco estuporoso, durante un período de dos años y medio.

En esta serie de casos podemos ver con suficiente claridad cómo los estados mixtos al principio solo representan interrupciones y etapas transitorias, luego aparecen como períodos más largos de enfermedad, que pueden llegar a predominar cada vez más sobre el cuadro puro de manía o depresión, hasta que, finalmente, también hay ataques en los que la forma mixta domina todo el cuadro de la enfermedad desde el principio hasta el final, hasta la recuperación. ¿En qué punto de esta serie ininterrumpida debe trazarse el límite en un intento de clasificación que relegaría algunos casos al área de la manía o la depresión más o menos atípicas y construiría una forma especial de enfermedad

a partir de los casos mixtos extremos que no se corresponden con el cuadro clásico en ninguna parte de su curso?

En los siguientes casos del cuadro nos encontramos con un grupo diferente de síntomas. El *caso XIII* se asemeja al caso VII en sus fases inicial y final. Aquí, como allí, la excitación se encuentra en la esfera psicomotriz, mientras que el afecto fluctúa; sin embargo, la balanza no se inclina hacia el lado del ánimo elevado, sino más bien hacia el del ánimo triste. En el período intermedio del ataque prevalece, por completo, la depresión, sin que, no obstante, la psicomotricidad muestre cambio alguno en su excitación. Esta combinación de depresión con excitación, que aquí forma parte del episodio, se encuentra en el *caso XIV* durante toda la etapa. En el *caso XVa* se esboza el episodio de una paciente con depresión e inhibición clásicas, que condujo a la recuperación en cinco semanas, mientras que en el *caso XVb* se describe un episodio depresivo en la misma paciente ocurrido dos años más tarde, en el que la inhibición psicomotriz fue sustituida inicialmente por excitación, que solo más tarde dio paso al estupor. También se pudo observar el caso extremo, en donde durante todo el curso de la enfermedad mental debido a una mezcla persistente de excitación psicomotriz con depresión, como en el *caso XIV*, se muestra una relación con los casos de manía pura y depresión estuporosa pura a través de los más variados eslabones intermedios.

Nuestros casos explicados esquemáticamente ya ofrecen un mapa de muestra bastante colorido de los posibles cursos de la psicosis circular. Esto está lejos de agotar la riqueza de las diferencias, incluso si incluimos en el cuadro los estados opuestos en el área del proceso de pensamiento.

Por el contrario, también hay que tener en cuenta que los síntomas individuales están sujetos a grandes variaciones según la intensidad de su aparición. La inhibición psicomotriz se produce a veces hasta tal punto que domina absolutamente el cuadro clínico: los pacientes estuporosos permanecen casi inmóviles durante meses y años, no pronuncian una sílaba, pueden tener que ser alimentados y a veces expulsan involuntariamente orina y heces. En otros casos, en cambio, basta con aplicar complicados métodos psicofísicos y mediciones para detectar un rastro de inhibición. Del mismo modo, por supuesto, también nos encontramos con considerables variaciones de intensidad del lado de la excitación.

Además, la distancia del estado de ánimo respecto a su posición normal también es muy diferente. Por un lado, el estado de ánimo elevado llega a veces tan lejos que el paciente, en su destructividad, se inflige a sí mismo graves lesiones sin que su alegre excitación le perturbe en absoluto, o la depresión alcanza una profundidad extraordinaria, de modo que los intentos serios de suicidio solo se frustran con gran esfuerzo. Por otra parte, a veces puede resultar bastante difícil para el médico saber si el estado de ánimo del paciente circular se desvía de algún modo del equilibrio hacia el lado depresivo o maníaco, mientras que el comportamiento psicomotor es extremadamente característico en el sentido de inhibición o excitación.

Es bien sabido que los síntomas de una serie pueden ser extremadamente pronunciados en el mismo paciente, mientras que los de la otra solo pueden manifestarse fugazmente. Todas estas fluctuaciones de intensidad en la esfera psicomotora y del estado de ánimo, junto con las alteraciones en el proceso del pensamiento, que, de por sí, determinan la variabilidad de los estados de manía o de depresión, que también contribuyen a manifestaciones de un cuadro complejo, contribuyen para que los estados maníaco-depresivos mixtos aparezcan en una colorida y, a primera vista, quizás confusa diversidad de manifestaciones.

Pero esto no basta. El cuadro clínico puede hacerse aún más variado debido a las diferencias cualitativas en que se manifiestan tanto el comportamiento psicomotor como el estado de ánimo. Estas diferencias son menos pronunciadas en la esfera afectiva. Al fin y al cabo, es una observación cotidiana que el estado de ánimo elevado en el paciente puede expresarse tanto en un comportamiento alegre, intrusivo, a menudo de tinte erótico, como así también en un comportamiento de rechazo, irritable, colérico, que exteriormente suele parecer muy distinto del otro.

La esfera psicomotora, excitación o inhibición, revela una mayor diversificación. En muchos casos nos encontramos con un agravamiento de todos los procesos motores en el mismo paciente: está postrado en cama, levantarse y caminar le resulta tan difícil como los movimientos más finos, como la escritura y similares; la inhibición se expresa con la misma claridad en el campo de los movimientos del habla, que se vuelve dificultosa, lenta, apenas perceptible, incluso en algunos casos se produce un mutismo completo. Además, existen también numerosos casos en los que la alteración psicomotriz se diferencia y solo en un área aislada aparece la inhibición, mientras que las demás actividades motoras permanecen con normalidad. Algunos pacientes ya caminan normalmente, mientras que los movimientos finos como escribir, realizar trabajos manuales y similares, permanecen inhibidos. Precisamente en estos casos, se puede investigar este tipo de inhibición con facilidad, mediante la balanza de escritura² utilizada frecuentemente en el laboratorio psicológico del hospital psiquiátrico de Heidelberg³.

Tanto en caso de estupor grave, así como en casos de fuerte excitación psicomotriz, la escritura habitual revela claramente, rasgos característicos.

La presión que se ejerce al escribir, se transmite ahora a la balanza de escritura a través de un tambor de cimografía giratorio; las curvas así obtenidas permiten determinar con precisión y exactitud el nivel de presión, las múltiples fluctuaciones de presión, el aumento de presión durante la escritura, la velocidad de la misma y las pausas. Los pacientes estuporosos (con estupor circular) muestran

2. N. del T.: Aparato de interés histórico psicológico introducido por Emil Kraepelin para el registro mecánico del curso de la presión de la escritura.

3. Gross. "Untersuchungen über die Schrift Gesunder und Geisteskranker", in *Kraepelin's Psychologischen Arbeiten* la, II. 3. p 450.

una escasa presión, dificultad en el movimiento, velocidad de escritura a menudo reducida, mayores intervalos y, ocasionalmente, dificultad en la transición de un movimiento al otro; por el contrario, en la manía encontramos junto con una elevada presión al escribir, que es la característica principal, un aumento gradual en la presión y en el tamaño de las letras, así como en la velocidad de escritura, es decir, los signos de una progresiva excitación psicomotriz.

Es notable que, en algunos casos certeros de depresión circular, la balanza de escritura no sea capaz de detectar ningún signo de inhibición, mientras que sí podemos reconocer claramente la inhibición del paciente en sus movimientos gruesos, en los movimientos de la mano, en la marcha y similares. Quizás, con el ergógrafo, se pueda disponer de un instrumento adecuado que proporcione resultados, también para estos movimientos generales en los que encontramos inhibición motora.

En algunos casos las modificaciones psicomotoras se ven alteradas en algunas áreas de la motricidad y al mismo tiempo no percibirse en otras.

En particular, los movimientos del habla se caracterizan por un comportamiento relativamente independiente en comparación con las demás áreas motoras. No es infrecuente observar la coexistencia de locuacidad con una grave inhibición, o bien mutismo con actividad impulsiva. Acá tenemos en el área psicomotora, en forma simultánea en la misma persona, excitación e inhibición, es decir, una mezcla dentro de una misma esfera sintomática.

Encontramos así una abundancia de combinaciones posibles de los síntomas más variados de la enfermedad que es difícil de ignorar, de modo que el número de estados mixtos concebibles de locura circular es extraordinariamente grande.

Por último, en un gran número de pacientes, se pueden observar las formas más variadas, obviamente la mayoría de las veces como breves fases pasajeras, durante el curso de un habitual episodio maníaco o depresivo. La observación del caso durante varios días o al menos varias semanas permite que el arquetipo de la manía o de la depresión resurja a la superficie, la importancia en la mayoría de estos estados es menor para el evaluador práctico que para la concepción teórica del conjunto de la psicosis.

Algunos ejemplos pueden servir para ilustrar distintos tipos de estados mixtos.

La señora W. S., nacida de madre con retraso mental, a la edad de 19 años y luego de un aborto, enfermó de una manía típica con una fase inicial estuporosa-depresiva, para luego presentar una excitación furiosa, humor alegre, hipersexualidad, violencia, tendencia a destruir cosas y una pronunciada fuga de ideas. A la edad de 25 años, después de varios años de remisión, volvió a la institución. En la tercera semana del puerperio, se aterrorizó por el incendio de una habitación. A partir de entonces, se mostró extremadamente angustiada, se creía perseguida y se apartaba. Entendía bien las cosas, era ordenada y sensata, pero al principio no estaba del todo orientada. Daba pocas respuestas,

en voz baja y vacilante. Sus movimientos eran lentos y torpes. Sus expresiones eran de tinte depresivo. En general, eran bastante monótonas; la paciente opinaba que la iban a matar, que la comida estaba envenenada, quería irse. Su comportamiento correspondía totalmente a un estado de ánimo depresivo; no se observaron ni negativismo ni manierismos. Recién transcurrido un cuarto año, ocasionalmente se la podía hacer sonreír. La depresión fue retrocediendo, sin embargo, se podía observar que la sensación de encontrarse enferma persistía. La intensidad del estupor también fue cediendo un poco, paulatinamente. La paciente era capaz de realizar tareas sencillas como pelar papas en la cocina y comenzó a menudo a murmurar. Mientras que, en su andar lento, en los movimientos obligados al estrechar la mano, al comer, al trabajar, así como en su hablar pausado se identificaba claramente la inhibición, pronto surgió una obvia locuacidad; durante todo el día movía sus labios y murmuraba en un tono apagado para sí misma o para su alrededor. En un principio, el contenido de su discurso seguía siendo bastante pobre, todo giraba alrededor de su alta institucional. Paulatinamente, su discurso era cada vez más productivo, hablaba de esto y aquello, saltaba de tema en tema, cantaba una canción tras otra y mostró fuga de ideas en lugar de la, hasta el momento, inhibición del pensamiento. Al ser dada de alta después de casi medio año en la institución, presentaba un cuadro que recordaba mucho a la hipomanía, con un estado de ánimo ligeramente alegre, una fuga de ideas y locuacidad, mientras que los restos del estupor todavía podían reconocerse en sus movimientos toscos y su habla tranquila. Al principio, la prueba de la balanza de escritura había mostrado una muy baja presión, enlentecimiento en la escritura y largas pausas, mientras que más tarde la presión y la velocidad aumentaron y se hizo evidente un aumento del nivel de excitabilidad.

Se trata en este caso, durante el lapso de algunas semanas antes del alta, de la existencia de una ocurrencia combinada de excitación e inhibición psicomotora, la primera en el área del habla, la segunda en el área de los movimientos groseros.

El siguiente caso muestra un grupo de síntomas completamente diferente.

W. W. nació en 1865, un hermano y una hermana son catatónicos, otro hermano sufría de alcoholismo. La paciente tenía una buena constitución, educada estricta y religiosamente. A la edad de 16 y 18 años estuvo deprimida durante varias semanas, con negativa a la ingestión de alimentos y alteraciones sensorio-perceptivas. A los veinte años presentó una depresión, pero con locuacidad y alteraciones sensorio-perceptivas. Paulatinamente, el estado de ánimo se volvió maníaco, la paciente reía, cantaba, hablaba en alemán culto⁴, hacía todo tipo de travesuras, era erótica, se desvestía, hasta que se curó al cabo de varios meses. Ocho años más tarde reapareció la depresión con ideas pecaminosas,

4. N. del T.: *Hochdeutsch* en el original, se refiere al alemán oficial en todo el país, para diferenciarse de los distintos dialectos que se hablan en las distintas provincias de Alemania.

negativa a comer y tendencias suicidas. La paciente exigía ser maltratada, deseaba tumbarse en un oscuro agujero del sótano y que le dieran pan seco una vez al día. Hablaba poco y estaba claramente inhibida. A veces era necesario alimentarla con una sonda. Su habla era monótona y se repetía muchas veces. Aunque la depresión y la inhibición continuaban, la inhibición inicial del pensamiento fue sustituida gradualmente por un pronunciado flujo de ideas con asociaciones sonoras: *"Yo tengo la culpa de todos los hijos extramatrimoniales y de la quiebra mundial de los bancos"*. Apareció un rápido flujo del habla y una fuerte tendencia a la distracción. La paciente manifestaba ideas fantásticas: que tenía un hijo, que se había quedado embarazada por la alimentación, que podía tener treinta hijos; esto había sucedido mientras dormía; se había comido toda la comida del mundo y los pobres niños debían ahora pasar hambre; padres y hermanos habían perdido sus posesiones por esta gula. Cuando ella escuchó la expresión *"bemerkenswerth"* (notable / digno de atención / interesante), reaccionó inmediatamente diciendo: *"Merk, Merk (nombre de un viajero / vendedor ambulante de máquinas de coser), máquina de coser, cruz y espada, y la Christina también acá, un niño bailaba sobre la alfombra, no puedo pagarlo"*. Recogía palabras sin sentido y las encadenaba en asociaciones, ecos de palabras e imágenes de recuerdos, hacía juegos de palabras, etc. *"Con miedo, miedo, como siempre miedo, me tumbé como un fardo y el Johann ha venido a la milicia. Schönthal (es un apellido), hermoso valle (schönes Thal)"*⁵. Cuando oyó hablar de aislamiento nocturno, dijo: *"Casados por la noche, noche nupcial, las estrellas arden también por la noche"*. Mientras tanto, el ánimo seguía ligeramente deprimido; decía que ella no era una niña, no deseaba que se la trate como una señorita. Las percepciones de embarazo y similares se iban compensando. Tras una internación de diez meses en la clínica, la paciente fue externada y, desde hace cuatro meses, está sana.

En este caso se trata de una mezcla pronunciada de depresión e inhibición psicomotriz con fuga de ideas que por lo demás pertenece al complejo sintomático maníaco, en lugar de la inhibición del pensamiento; esta agrupación es una de las más raras.

Entre las combinaciones menos frecuentes a tener en cuenta, se encuentra también la aparición simultánea de signos de humor depresivo y maníaco simultáneamente. En esta ocasión bien puedo recordar al paciente ilustrado en el texto de Kraepelin⁶, en quien una expresión facial exquisitamente deprimida indica el estado de ánimo depresivo, presentando un tocado en su cabello con ramas y hojas, que denota una cierta excitación maníaca.

Otra paciente, E. J., quién visitó la Clínica de Heidelberg hace 8 años, mostraba inicialmente una clara depresión; la ansiedad la había ahuyentado de su casa.

5. N. del T.: Juego de palabras por asociación.

6. Kraepelin. *Psychiatrie*, 6ta. edición, vol. II, tabla VII, figura 4, p 390.

El sueño y la ingesta de alimentos eran deficientes. La paciente tenía una vívida sensación de enfermedad y estaba preocupada por los numerosos gastos de la misma. Estaba acostada tranquilamente en la cama, sus movimientos y respuestas eran lentos. Había una clara inhibición en la reproducción y asociación de sus ideas. Al cabo de unos tres meses intentó suicidarse tragándose dos alfileres. Un mes después se sentía más libre y alegre hasta que presentó una fuerte excitación maníaca. Cantaba, hacía ruido y perturbaba a su entorno a tal punto que fue aislada temporalmente. Enseguida se la encontró, en su celda con una cuerda alrededor del cuello, que había fabricado con retazos desgarrando la tela de su vestido. En los siguientes 8 a 14 días, la viva excitación descendió, el ánimo seguía elevado y surgió una cierta capacidad de razonamiento. Tras una estancia de 3 a 4 años en la institución pudo ser dada de alta. En ese ataque, aparentemente surgió un rasgo depresivo durante el período de excitación maníaca, que ahora impulsó a la paciente, que ya había intentado suicidarse durante su período depresivo, a intentar estrangularse. A finales de 1898 regresó a la institución con depresión e inhibición. Al cabo de unas semanas se volvió ligeramente hipomaníaca. Dada de alta, pronto se suicidó, al parecer cuando su estado de ánimo cambió a la depresión.

Entre los casos más frecuentes, se encuentran aquellos en los que en el curso de la excitación maníaca, de diversas maneras y por breve tiempo, en lugar del ánimo elevado se instala la depresión, de modo tal, que el afecto es lábil, mostrando frecuentes oscilaciones, sin que la excitación psicomotriz expresada en la fuga de ideas disminuya en su intensidad ni en su ritmo. En las siguientes líneas, se esboza un caso perteneciente a este patrón.

La señora M. U., nacida en 1857, sin carga hereditaria, con buena disposición y con un desarrollo normal, se enfermó de reumatismo en el año 1881 y tuvo que ser trasladada de la internación clínica a la clínica psiquiátrica; de donde fue dada de alta al cabo de cuatro días; se recuperó luego de tres semanas en su casa; más detalles no se conocen. Después de su matrimonio en el año 1882, estuvo melancólica durante algunas semanas. Luego volvió a enfermarse en 1888, durante el quinto mes de su 4.º embarazo; comía y dormía poco, su discurso era confuso y mostraba una alternancia entre la ansiedad y excitación alegre. En algunos momentos quería salvar al mundo y en otros tenía miedo del espíritu maligno, de los osos polares, etc. La comprensión era algo deficiente, la orientación era adecuada, pero presentaba, frecuentemente, falsos reconocimientos de personas. La paciente alucinaba y mostraba vivaces cambios de humor; la mayor parte del tiempo estaba con humor elevado, alegre y locuaz, pero, en general, era improductiva. Frecuentemente, se producían remisiones repentinas y fugaces de la sintomatología, pero, luego, expresaba otra vez intensa ansiedad, tenía espantosas alucinaciones auditivas y visuales y presentaba delirios de grandeza. Su internación no influyó en su estado mental. Al cabo de seis meses la enfermedad remitió y se recuperó al tercer mes. En los años siguientes, la mujer dio a luz a dos hijos más.

En 1895 se vuelve a enfermar. Estaba habladora, alegre y mostraba una creciente excitación. Cantaba y rezaba, hablaba con muchas incoherencias e intentaba hacerlo en lenguas extranjeras. Dormía muy poco y la ingesta de alimentos era escasa. Además, presentaba ataques de ansiedad, veía fantasmas y al diablo, oía el trinar de los pájaros y la voz de Dios y del diablo. De forma desordenada regañaba y acariciaba a las personas de su entorno. Cuando fue ingresada en la Clínica mostraba buena comprensión, observaba los acontecimientos a su alrededor, participaba y se distraía. Era sensata, ordenada y orientada. Su locuacidad era extremadamente intensa, a lo que se añadía una excitación psicomotriz general, ganas de estar ocupada y una mímica inusualmente viva. Los afectos variaban; la mayoría de las veces el estado de ánimo era exaltado, se manifestaba enseguida con amabilidad y erotismo, otras con irritabilidad y arrebatos de ira; con bastante frecuencia se producía un cambio de afecto hacia un estado de ánimo profundo y triste, que se expresaba de forma violenta, en llantos fuertes y lamentos patéticos. Las alucinaciones auditivas eran muy frecuentes. La memoria estaba conservada, el juicio y el conocimiento suficientes. Después de varias semanas hubo un ligero apaciguamiento, pero de vez en cuando se produjeron repentinos estados de excitación del tipo más violento, asociados con falsos reconocimiento de personas con violencia. La paciente era muy excitable y explosiva, especialmente ante los estímulos externos. En el 4.º mes la depresión estaba en primer plano, pero el cuadro estaba dominado por un discurso que se caracterizaba por un impulso insaciable de hablar, mientras que sus expresiones, ya denotaran un estado de ánimo elevado o deprimido, presentaban los signos de una fuga de ideas. Cuando se le mostró una llave, la paciente dijo: *"¡Abre la puerta del cielo para mí, abre el cielo para mí!"*. Cogiendo el dinero que se le tendía, continuó: *"¿Son estos los kreuzers⁷ que me diste? Este es el cirujano y el médico milagroso. Esta es la llave del cielo, ábremela pronto, esta es la llave del cielo"*. Cuando le tendieron la mano, dijo: *"Nada como la mano que quiero ver, así, y los que no me dan la mano, serán los culpables de mi desgracia. Tengo tu mano en mi mano y 1 es 1 y 2 es 2 y 3 es 3 y 4 es 4"*. Poco después, la paciente expresó una vívida depresión: *"Tengo la cabeza clara. He visto fantasmas y serpientes y sapos y he pasado por el agua. Es un sufrimiento terrible, como el Juicio Final. Ninguna persona sensata cree en fantasmas. No podía comer nada. No me pasaba por la garganta. Es desgarrador. Solo quieres romper los cristales de la ventana. Hay tanta falsedad en este mundo"*. La depresión se manifestaba a menudo en violentos autorreproches: *"¡He cometido todos los pecados!"*. Siempre había una clara necesidad de hablar con fuga de ideas: *"Estoy siendo completamente destruida, no soy una mujer"*. Luego la paciente volvía a estar de humor alegre, unas horas, incluso minutos. Una vez ella misma dijo: *"Ayer estaba de humor sombrío, hoy estoy animada porque*

7. N. del T.: *Kreuzer*, moneda del siglo XIII.

he soñado así". Al día siguiente volvía a estar profundamente deprimida, pedía veneno y ya no quería vivir. Este estado alternante duró más de tres años, el afecto cambiaba constantemente, entre un estado de ánimo alegre, una excitación furiosa y una depresión vívida. Siempre había un intenso deseo de hablar, que quedaba en cierto modo eclipsado por el deseo de moverse. De hecho, en ciertos días, la inhibición psicomotriz era claramente reconocible. Casi sin excepción, los discursos llevaban el sello del flujo de ideas con su falta de rumbo, la digresión de una cosa a otra, la distracción por impresiones externas y la tendencia a largas asociaciones y rimas. Sin embargo, aquí y allá, los discursos mostraban una inhibición del pensamiento con repeticiones frecuentes como: "*¡Tráigame una buena noticia!*". Aquellos días en que la excitación y las expresiones verbales desde el punto de vista ideológico se combinaban con un estado de ánimo elevado, a menudo irritable, el diagnóstico de manía no podía ponerse en duda. Ni siquiera las numerosas alucinaciones podían cambiar esto, ni tampoco las ideas delirantes esporádicas que pasaban rápidamente. Este rasgo maníaco básico de toda la enfermedad se vio interrumpido con extrema frecuencia, durante un breve período de tiempo, por expresiones de un afecto depresivo, que llegaba hasta una tendencia suicida, pero que se acompañaba de agitación psicomotriz y fuga de ideas. Ocasionalmente, pudo observarse cierta inhibición psicomotriz y alteraciones en el pensamiento, mientras que el impulso de hablar estaba constantemente en el primer plano del cuadro. Así tenemos aquí la manía típica en frecuente alternancia con estados mixtos de diversa índole, especialmente con el de excitación con afecto depresivo. Con respecto a la pertenencia de esta enfermedad al espectro de la locura circular o a la locura maníaco depresiva, no caben dudas ya que en la historia clínica se describen tres crisis anteriores con posterior recuperación, la última de las cuales corresponde enteramente a la actual.

Tales casos, que, debido a la duración generalmente breve de sus numerosos estados mixtos, revelan siempre el claro carácter básico, son, por lo general, bastante frecuentes.

Sin embargo, ni el registro cuidadoso de tales estados mixtos múltiples, que por su íntima conexión con períodos puros de manía o depresión difícilmente dan lugar a concepciones erróneas, ni una enumeración teórica de las diversas posibilidades de formas mixtas en general y su construcción a la manera de un ejemplo de permutación o variación, tienen tanto valor para la actividad clínica con su trasfondo predominantemente práctico, como la respuesta a la pregunta de si existen formas mixtas que se presentan con mayor frecuencia y que, sin estar mediadas por estados maníacos o depresivos, duran más tiempo, de modo que pueden dominar el cuadro clínico.

¿Existen formas mixtas que se presentan con mayor frecuencia y que, sin estar mediadas por estados maníacos o depresivos, duran más tiempo, de modo que pueden dominar el cuadro clínico y dar lugar a errores diagnósticos y pro-

nósticos? Esta pregunta, como puede verse en el cuadro adjunto con esquemas, es sí, definitivamente. Desde un punto de vista puramente teórico, existe la posibilidad de la aparición de 8 grupos sintomáticos diferentes a partir de los tres pares de síntomas opuestos; por lo tanto, tendríamos la posibilidad de contar con seis cuadros mixtos diferentes, ya que partimos de las dos condiciones clásicas de depresión y manía.

Aunque en el curso de la observación de un material más amplio pueden aparecer todas estas posibilidades, y en vista de las diferencias y combinaciones cualitativas, como en el caso de W. S. descrito (*vide infra*), la abundancia de cuadros que ocasionalmente se presentan es aún más variada. Afirmamos esto por razones de psiquiatría práctica, ya que no somos partidarios de una comprensión especulativa, y consideramos tres grupos diferentes de estados mixtos como los más importantes, debido a que se presentan con mayor frecuencia y durante más tiempo. De los casos mencionados por Kraepelin⁸, en primer lugar corresponde la descripción del *estupor maníaco*, que en su esencia se caracteriza por una mezcla de estado de ánimo maníaco elevado con inhibición psicomotriz y pensamiento inhibido. En segundo lugar, hay que mencionar el grupo de las *depresiones agitadas*, en donde se presenta la mezcla un estado de ánimo deprimido con agitación psicomotriz, acompañado frecuentemente con fuga de ideas. En tercer lugar, teniendo en consideración razones prácticas del pronóstico, se forma el grupo de la *manía improductiva*, en donde, probablemente, está presente un estado de ánimo maníaco con agitación psicomotriz, pero que, en el área de los procesos asociativos, en lugar de presentar fuga de ideas, existe una notable inhibición del pensamiento. Estos tres grupos diferentes de estados mixtos no son raros de ver y, en ocasiones, se presentan bruscamente como ataques independientes en la vida de pacientes con locura circular, aunque en la mayoría de los casos considerados, inician o concluyen un estado puramente maníaco o depresivo, ya sea que luego representen breves períodos intermedios y transitorios, ya sea que dominen el cuadro clínico durante semanas y meses.

Ocasionalmente, se encuentran pacientes que a lo largo de su vida han tenido reiterados episodios, y estos fueron exclusivamente estados mixtos, ya que jamás presentaron típicos episodios maníacos ni depresivos.

Dado que, como ya se ha señalado en reiteradas ocasiones, pueden ocurrir en una crisis diversas variables que van desde estados de carácter mixto hasta breves períodos mixtos intermedios, nuestro agrupamiento no tiene el carácter de una sistematización precisa, sino que solo persigue fines más prácticos.

8. Kraepelin. *Psychiatrie*, VI. ed., Tomo II, Leipzig, 1899.

Para tener una visión aproximada de la frecuencia de estos tres patrones de afección, así como la ocurrencia de tales grupos de síntomas en la locura maníaco-depresiva en general, he tomado estadísticas del material de la clínica de Heidelberg durante los últimos siete años.

El material consiste en 150 casos que fueron observados aquí y categorizados como locura circular o maníaco-depresiva. De los llamados casos puros, en los que solo se observó únicamente un cuadro de depresión o solo uno de manía a lo largo de la vida del paciente, solo se encontraron 11 casos. En este grupo, por ejemplo, se incluirían los pacientes cuyas crisis corresponderían entonces al del ataque depresivo con patrones de motilidad y afecto que se encuentra esbozado en la figura XVa; por supuesto, hay que señalar aquí que el siguiente episodio (XVb) ya muestra un curso diferente. En estos casos, hay que subrayar que la exactitud de la observación y la disponibilidad de la anamnesis, naturalmente no fueron siempre las mismas durante el transcurso de los siete años; la atención a algunos puntos, especialmente al significado de los estados mixtos, naturalmente solo se ha agudizado en el transcurso de este tiempo.

Los casos circulares, en los que se presentaron estados maníacos y depresivos, pero sin que se observara ninguna mezcla de ambos síntomas, no son más de 35. El caso I de la tabla, podría ser tomado en cuenta si no fuera que esta paciente padecía esporádicamente de ataques con síntomas mixtos.

En 50 casos circulares, se produce, de vez en cuando, un cambio de un síntoma en la dirección de un estado mixto, ya sea porque durante la transición de la manía a la depresión o viceversa, el cambio de afecto tuvo lugar en un momento algo diferente al cambio en la actividad psicomotora, debido a que durante la fase maníaca o depresiva el comportamiento psicomotor del paciente o el comportamiento afectivo, salta al polo opuesto. Los casos III, IV y V de la tabla pertenecen a esta categoría.

En un número bastante considerable de casos, 22, se produjeron, durante períodos prolongados, fluctuaciones que se presentaban en forma de un estado mixto. Se observaba que en el caso en que el comportamiento psicomotor permanecía estable, fluctuaba el estado de ánimo que a veces era alegre y otras depresivo, o bien en el caso de un estado de ánimo estable, se alternaban la excitación y la inhibición del área psicomotora. Pertenecen a esta categoría, el período inicial del caso VI, el final de VII, así como el caso VIII; también el caso de M. U. descrito detalladamente más arriba.

En más del 20 % de los 150 pacientes circulares que estuvieron bajo observación, se registraron estados mixtos regulares y de larga duración del tipo de las tres formas más importantes indicadas más arriba.

En 9 casos se trató de manía improductiva, en 11 casos de estupor maníaco (ver en la *Figura 1* los casos IX, X, XI y XII) y en 12 de depresión agitada (ídem XIII, XIV, XV b). Aquí se incluyen también los pacientes con crisis en las que una manía o depresión ordinaria precedió o siguió al estado mixto, si solo este

último tuvo tal duración que dominó el cuadro clínico durante un tiempo limitado (como en los casos IX, X, XI y XIII). Las enfermedades en las que todo el ataque tenía el carácter de una forma mixta desde el principio hasta el final solo constituyen una minoría en comparación con éstas (por ejemplo, XII, XIV). Fue relativamente raro encontrar que todos los ataques de toda la vida del paciente mostraran solo el cuadro de un estado mixto. También en este caso hay que señalar, una vez más, que esta estadística, que no siempre pudo basarse en un método de observación igualmente preciso, solo puede experimentar un cambio en el sentido de un aumento del número de estados mixtos, ya que en años anteriores todavía no se prestaba suficiente atención a esta peculiaridad de los cuadros clínicos y a su interpretación.

El *estupor maníaco*, cuadro mixto más importante perteneciente a la locura circular o maníaco-depresiva fue descrito en 1894 por Dehio⁹ en la XIX Convención de Neurólogos y Psiquiatras del sudoeste de Alemania, celebrada en la ciudad de Baden-Baden. En los últimos años, se han observado frecuentemente estos estados mixtos en el hospital psiquiátrico de Heidelberg. En esencia, el estupor maníaco es una fase progresiva de la locura maníaco-depresiva, que se caracteriza, por un lado, por la inhibición psicomotora, y, por el otro, por un estado de ánimo maníaco y elevado, con el agregado de las alteraciones del pensamiento habitualmente asociadas a los estados depresivos en lugar de la fuga de ideas. A veces, vemos el cuadro como una fase pasajera en el curso de un episodio maníaco o uno depresivo, sobre todo con bastante frecuencia en la transición del estado maníaco al depresivo, cuando el cambio ya se ha producido en la esfera psicomotriz, mientras que todavía es inminente en la afectiva. Pero, también lo encontramos, lo que es de mayor importancia para la psiquiatría práctica, a veces en menor grado, durante meses o años, y eso tanto en el estado maníaco como en el depresivo que sigue o precede a una manía o a una depresión típica, así como de manera completamente independiente, dominando el curso de toda una crisis desde el principio hasta el final. En el curso vital de un paciente maníaco-depresivo, es habitual que los episodios tardíos, sean de carácter mixto. Sin embargo, a veces nos encontramos luego con ataques muy leves y simples de depresión o de manía.

En los pacientes maníaco-estuporosos, la percepción, la coherencia, así como la organización y la orientación, por lo general está bien conservadas. Sin embargo, en el caso que la alteración en el pensamiento sea de un grado importante, también se verán afectadas las mencionadas áreas. Sin embargo, no suele tratarse de una deficiente orientación en el sentido convencional, como en el caso de los paráliticos generales o los alcohólicos, sino simplemente de una dificultad para orientarse en el tiempo y el espacio. Los pacientes se

9. Dehio. "Ueber gewisse Formen des periodischen Irreseins", *Archiv für Psychiatrie* X, XVI, S. 598.

esfuerzan visiblemente por asimilar su situación, lo que en la mayoría de los casos consiguen tras algunos intentos fallidos. En muchos casos, las manifestaciones psicomotoras se presentan en el primer plano del cuadro clínico, en especial el estupor. Algunos pacientes yacen largo tiempo en la más fuerte inhibición, a veces con los miembros fríos, con rechazo a comer y son reacios cuando se intenta alimentarlos; durante meses permanecen en estricta mudéz. Solo la expresión facial, que no muestra ningún rastro de depresión, sino más bien a menudo presenta una ligera sonrisa, suele delatar que no se trata del habitual estupor circular con ánimo triste. En otros casos, la inhibición es menos pronunciada. Los pacientes pueden responder cuando se les pregunta, pero hablan con vacilación, en voz baja y apagada, mientras que prefieren no decir nada espontáneamente. Prefieren estar acostados en la cama, no se les puede hacer trabajar y suelen mostrar una considerable ralentización en todos sus movimientos. La marcha es pesada y plomiza, la mano se estrecha con vacilación, la escritura está claramente enlentecida. En los casos leves, la inhibición se interrumpe ocasionalmente por un movimiento más rápido y significativo. Los experimentos de escritura de Gross¹⁰ han dado resultados diferentes, según que en el cuadro general predomine la inhibición psicomotora o el estado de ánimo maníaco. En algunos casos, particularmente los que se encontraban intensamente inhibidos, el experimento con la balanza de escritura demostró claramente los signos de la inhibición en la curva, baja presión y tamaño moderado de los caracteres, con una secuencia gradual y uniforme de movimientos, y esto reveló un rasgo maníaco combinado con signos de excitabilidad. Cuanto más se inclinaba el centro de gravedad del cuadro clínico hacia el lado maníaco, más enérgica aparecía la excitabilidad con fluctuaciones en la presión, pausas más cortas y finales repentinos.

En los casos individuales, que aún podemos clasificar como de estupor maníaco, la inhibición psicomotriz solo puede reconocerse a partir de una cierta incapacidad de desarrollo e inactividad, de modo que, si existe una alteración en el pensamiento, esto da lugar a un cuadro que se aproxima a la manía improductiva presentada como el tercer grupo de estados mixtos.

Con respecto a la afectividad presente en los pacientes severamente inhibidos, a los que no se los puede inducir de modo alguno a expresarse, el diagnóstico se realiza a través de su expresión facial. En comparación con el habitual estupor circular con depresión, extrañamos aquí la siniestra expresión con las arrugas verticales en la frente, las cejas caídas y las comisuras bucales colgantes de los músculos *corrugator supercilii*, *orbicularis orbitae* y *depressor anguli oris tensor*; el rostro del paciente maníaco estuporoso muestra una expresión más bien tranquila, alegre, a menudo traviesa o mohínesca, ocasionalmente también algo enfadada. De vez en cuando aparece una sonrisa en su facies.

10. Gross. *Kräpelin's Psychologische Arbeiten*, 11., p 510 y sigs.

Cualquier pregunta que se le hace al paciente sobre si está triste o ansioso, es negada firmemente. Con grados más bajos de inhibición, es más fácil reconocer el estado de ánimo elevado. Los pacientes fijan su atención, dejando vagar sus ojos a su alrededor, se interesan por lo que les rodea y de vez en cuando hacen comentarios pertinentes en conversaciones ajenas. Una vez, cuando se procedió a colocar una sonda para alimentación, cerca de una paciente maníaco-estuporosa, esta se levantó y acercándose al médico le dijo: *"Tengo que echarle un vistazo a eso, nunca he visto nada igual"*. Una paciente que, tras una violenta excitación maníaca, que rápidamente dio lugar a un estupor maníaco, no quería que la trasladaran de la agitada sala en la que había tenido que permanecer a una sala con pacientes más tranquilos; le gustaba la actividad excitada a su alrededor y pensaba que allí estaría bien. No es infrecuente que un impulso claramente reconocible de moverse y hacer algo, se manifieste al amparo de la inhibición psicomotriz. Tumbados tranquilamente en la cama, con la cara vuelta hacia la pared, algunos pacientes empiezan a jugar con los dedos o con la ropa de cama, destrozando lentamente las sábanas y mantas, agujereando las paredes, pintando y embadurnando de forma marcadamente maníaca, decorándose con anillos realizados con pelos o jirones de tela, trenzándose el pelo de la cabeza o de la barba, etc. Un paciente se sentaba todos los días en la misma esquina del jardín o se movía lentamente de un lado a otro de la pared sin que nadie supiera lo que hacía en realidad; al cabo de un tiempo, se vislumbró lo que estaba haciendo, ya que brotaron espigas de cereal. El paciente había recogido algunas semillas sobrantes de las mazorcas trilladas y las había plantado junto al muro del jardín para su silencioso placer. Son frecuentes las pequeñas bromas y travesuras que los pacientes maníacos estuporosos gastan a los médicos y al personal de enfermería: como atascar las cerraduras o hurtar llaves. Los intentos de evasión se inician a veces con gran habilidad y mucha constancia. Pacientes instruidos, pasan su tiempo leyendo durante semanas, tras lo cual se puede comprobar que han entendido todo bastante bien, mientras que en el período de estupor maníaco no se les podía hacer hablar o participar de cualquier otra actividad. En las pacientes femeninas el erotismo desempeña a menudo un papel muy considerable; su expresión alegre revive cuando se les toma el pulso, lanzan miradas amorosas y ocasionalmente rompen su inhibición para tirar del guardapolvo del médico o le agarran con fuerza e intentan abrazarle y cosas por el estilo. No son raras las breves interrupciones del estupor; a veces estos pacientes se vuelven agresivos con su entorno de forma más o menos jocosa.

El cuadro del estupor maníaco suele caracterizarse por cambios en los procesos asociativos. Suele haber una inhibición del pensamiento; el paciente tarda muchísimo tiempo en resolver pequeños problemas aritméticos o en formar algún tipo de juicio o conclusión. Los errores se producen con frecuencia, pero suelen ser reconocidos y corregidos por los propios pacientes. Los enunciados suelen ser monótonos y a menudo se repiten en días diferentes. Los pacientes se abs-

tienen de responder a cualquier pregunta y descartan al interrogador con una respuesta corta: "No lo sé". A una paciente se le dijo: "¡Cuenta desde 100 restando siempre de a tres!" Ella empezó: "100 - 97 - Realmente no lo estoy haciendo bien." (¡Adelante!) "94" (Continúe) "91" (¡Adelante! - ¡Continúe! - ¿Qué le he dicho?), "Se supone que debo contar hacia atrás desde 100, siempre menos 3." (¿Entonces?) "¡Mi mente ha sufrido mucho!" No se le pudo inducir a dar más respuestas.

En otros casos, menos frecuentes, se observa ocasionalmente la fuga de ideas. Sobre todo, es común un alto grado de distractibilidad. Debe prestarse especial atención a la excitabilidad en el área de los procesos motores y en los asociativos. Incluso pacientes intensamente inhibidos pueden ser llevados a una cierta vivacidad si se pasa mucho tiempo con ellos. Así ocurrió con una paciente, que en ocasión de una consulta fue brevemente examinada: inicialmente se manifestó solo de manera insuficiente, tal era la inhibición que no permitió una evaluación más exacta de su estado de ánimo, del pensamiento, etc.; su comportamiento era tan reticente que a primera vista se podía pensar en un negativismo; cuando, algunos días más tarde, la misma paciente fue presentada en la clínica y se disponía ahora de casi una hora para la realización del examen, gradualmente se tuvo éxito, consiguiendo inducirla a dar todas las respuestas deseadas y a obtener una comprensión incomparablemente más profunda de su estado mental que durante la evaluación anterior de diez minutos.

En algunos casos, los pacientes tienden a fatigarse bastante, de modo que fracasan durante los exámenes más largos. La memoria de los pacientes maníacos estuporosos se conserva siempre por sí misma, sin embargo, en presencia de inhibición mental, suele notarse un cierto déficit, que más tarde desaparece sin dejar rastro.

Las alteraciones sensorio-perceptivas ocurren ocasionalmente, pero, en general, son bastante raras. Los delirios de naturaleza expansiva son más probables, pero muestran poca coherencia, no se adhieren con mucha firmeza y suelen pasar rápidamente.

La sensación de estar enfermo solo suele aparecer hacia el final del estado; antes de eso, el paciente se siente bastante bien y sano.

En casos graves, el apetito y el sueño son deficientes; aquí y allá presentan fuertes fluctuaciones.

El peso corporal disminuye considerablemente al inicio de un episodio, a veces hasta $\frac{1}{4}$ del peso y se mantiene bajo, a pesar de una buena supervisión de la ingesta de alimentos, recuperándolo rápidamente antes de la sanación.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, el estupor maníaco, merece una especial atención para diferenciarlo de algunos estados que se presentan en el transcurso de la *dementia praecox*, en especial la forma catatónica. Si el estupor catatónico es tan intenso que el paciente permanece completamente inmóvil durante mucho tiempo, no es raro que su expresión facial muestre

claramente signos de cierta euforia. A primera vista, el aspecto exterior recuerda entonces, de forma extremadamente vívida, al estupor maníaco con inhibición extremadamente intensa y mutismo. Dado que la comunicación por medio de preguntas es imposible, una confusión entre los dos estados es bastante obvia. El examen de la reacción afectiva y motora ante la amenaza de una lesión por pinchazos de alfileres, a menudo sirve bien para diferenciar el estupor catatónico del circular-depresivo: los estupores circulares se caracterizan por una gestualidad de miedo y vívidos movimientos defensivos. Mientras que los catatónicos en su embotamiento emocional suelen no reaccionar en absoluto, los maníacos estuporosos fallan muy a menudo debido a que no reaccionan ya que la euforia maníaca no permite que el miedo al dolor surja.

El negativismo catatónico, es aquí uno de los rasgos distintivos más importantes. Ante la solicitud de estrechar la mano, de levantarse, etc., solemos ver en el paciente circular la huella de un esfuerzo por cumplir dicha orden, que, sin embargo, ante la fuerte inhibición, suele no poder cumplir. Los catatónicos, sin embargo, a menudo no solo no cumplen la orden, sino que con bastante frecuencia realizan el movimiento contrario como resultado de impulsos contrarios. A veces los catatónicos también tardan bastante en reaccionar, cuando lo logran el movimiento es de repente muy rápido. El paciente maníaco estuporoso también deja, de vez en cuando, una orden del médico durante el examen clínico, sin cumplir, de modo que podría pensarse en negativismo; sin embargo, se trata siempre de la salida de un estado de ánimo irritado y reticente, o de un rasgo eufórico, erótico y por tanto una actitud bromista y coqueta con el entrevistador; los afectos y las ideas son la base de este comportamiento. En movimientos muy simples, como dar la mano, sacar la lengua, etc., a menudo puede distinguirse el manierismo del paciente catatónico de la reacción lenta pero natural y no forzada del paciente circular. Se trata acá de distinguir como en el caso del circular, el estupor depresivo frente al estupor catatónico habitual. No hay que subestimar aquí tampoco el juicio de los rasgos faciales. Por un lado, en el estuporoso maníaco vemos que su expresión es de una alegría desenfrenada, a menudo una euforia radiante y soleada, mientras que la sonrisa del catatónico con pobreza afectiva se asemeja muy llamativamente a una mueca; si bien la musculatura se activa de manera correspondiente en cada caso, son los ojos los que no participan, carecen de brillo, miran fijamente sin pestañear. Se puede comparar la diferencia entre la expresión natural de la alegría en el maníaco y la risa distorsionada del catatónico, con la distinción entre el humor sutil de un actor cómico hábil y la comedia grotesca de un payaso. Los casos descritos por Meynert¹¹ como "manía estuporosa", pueden entenderse, muy acertadamente, como estados de estupor catatónico con expresiones faciales eufóricas. Meynert habla en

11. Meynert. *Klinische Vorlesung über Psychiatrie*, Viena 1890, p 56.

este punto de formas de estupor precedidas por una manía ya mezclada con estupor; en esta fase introductoria se encuentran rasgos exaltados, gesticulación, declamación de trivialidades con expresiones retorcidas, asonancias, repetición de la misma frase, enumeración de palabras y similares. Todos estos son síntomas que pueden incluirse fácilmente en el cuadro de una excitación catatónica de grado moderado; el ejemplo de un médico enfermo, dado con más detalle por Meynert, coincide perfectamente con la descripción de la catatonía dada por Kraepelin.

Los casos de estupor maníaco han sido sin duda una de las razones que han llevado a algunos autores a establecer una forma de paranoia periódica. Kraepelin define la paranoia como una enfermedad caracterizada por un sistema de delirios de desarrollo bastante crónico, bien fijado, coherente e inquebrantable, que con el paso del tiempo se generaliza y se elabora a medida que transcurre la enfermedad; por lo tanto, si el paciente se mantiene completamente sensato, no existe ningún peligro grave de confusión con los casos maníaco-estuporosos, en los que solo se observan algunas manifestaciones delirantes temporales.

Es más probable que el examinador piense en una parálisis progresiva cuando vea a un paciente que, al principio de la enfermedad, se caracteriza por un deseo de emprender y de ir de compras, pero que ahora muestra un aturdimiento, que recuerda a un estado de ansiedad con euforia, cuya inhibición del pensamiento podría confundirse con una debilidad mental incipiente, y para quienes la prueba de memoria no ofrece un resultado favorable. Lo decisivo en la mayoría de los casos no tienen por qué ser exclusivamente los hallazgos físicos, cuyo fallo negativo no tendría fuerza probatoria alguna, sino ante todo la evidencia de tranquilidad, orientación y la determinación habitualmente exitosa de la capacidad de memoria y de juicio en pruebas repetidas; sobre todo, sin embargo, es decisivo el síntoma de la inhibición psicomotriz, que no se encuentra en su manifestación característico para la locura circular ni siquiera en formas de parálisis fuertemente desordenadas. Además de esto, merece consideración el rasgo de frescura y naturalidad que recorre toda la conducta del maníaco-estuporoso, en contraste con la debilidad y torpeza emocional del parálítico y la manía sin afecto sostenido en el paciente catatónico.

Los siguientes extractos de la historia clínica del paciente sirven para ilustrar de forma más concreta esta descripción general del estupor maníaco.

H. A., agricultor, nacido a finales de 1859. Sin carga hereditaria, estaba bien dotado de niño, pero cada vez hablaba menos. En 1882, en el tercer año del servicio militar, enfermó de manía y pasó ocho semanas en Illenau. En el verano de 1883 estuvo agitado durante algún tiempo, aunque permaneció fuera del manicomio. En 1884 fue ingresado en el hospital psiquiátrico de Heidelberg durante seis meses con agitación maníaca; había roto cables telegráficos y amenazado a los que le rodeaban. En la institución se mostraba alegre, se

burlaba de los otros pacientes y hacía todo tipo de travesuras, pero, en general, producía muy poco. En 1886, estuvo en una condición similar durante un cuarto de año, en 1890 estuvo durante unos cinco meses en la Clínica. En su casa estaba bastante sano y era trabajador. A finales de 1895, enfermó de nuevo, se volvió callado y miraba fijo sin ver. Poco después se excitó, dormía poco, corría de un lado a otro y amenazaba a sus padres. En el momento de su ingreso, se encontraba en un estado de ánimo elevado y hablaba incesantemente consigo mismo. Era sensato, ordenado, orientado y dio información correcta; reconoció al jefe de guardia de su estancia anterior. No tenía conciencia de su enfermedad. Físicamente, el paciente presentaba reflejos rotulianos vivos, esbozo de clonus del pie izquierdo, hipoalgesia y cierta catalepsia, por lo demás nada anormal. Durante los primeros días permaneció quieto en la cama con la cara hundida en las almohadas; no hablaba espontáneamente. Sus respuestas tenían mucho sentido y correspondían al estado de ánimo alegre que ya se notaba en su expresión facial. Poco a poco, se volvió más inquieto, cantaba o silbaba. Hizo varias travesuras, pegó trozos de papel en las ventanas, tapó cerraduras, rompió la ropa de los demás. A un cuadro del pabellón, que representaba una montaña con nieve, lo dañó haciéndole dos agujeritos y escribiendo la palabra "*Hochgebirg*"¹². A veces se quedaba inmóvil durante horas mirando por la ventana. A veces decía palabrotas y rompía cristales. Tras 10 u 11 meses de presentar esta leve excitación maníaca con un estado de ánimo elevado y ganas de actuar, el estupor, que a veces ya se había manifestado anteriormente por algunas escasas horas, pasó cada vez más a primer plano. Los estados de excitación ya no se producían; durante el primer período de inhibición, el impulso de ocuparse se expresaba ocasionalmente escribiendo una carta con pronunciada reflexión o realizando pequeñas destrucciones, arañando bancos, o charlando tranquilamente consigo mismo, mientras que el estado de ánimo elevado se expresaba constantemente en la sonrisa traviesa. Ya no hablaba espontáneamente; sin embargo, solía responder a las preguntas con prontitud y al grano, a menudo de forma un tanto bromista e infantil. Durante algunas semanas se negó a dar información o solo respondió con algunos sonidos inarticulados. Transcurridos varios meses, de vez en cuando reaparecía una breve excitación. Poco a poco volvió a hacer más travesuras. Cuando se le encontraba con un gran trozo de corteza de árbol en la mano, decía que lo había encontrado; al reproche de que lo había arrancado, porque un trozo de corteza tan grande no podía caerse solo, respondía con ligereza: "*Sí, las serpientes también mudan de piel*". Después de haber arañado una vez la corteza de un árbol con una piedra, trató de salir del paso contestando: "*Un pájaro debe haberlo hecho con su ala al pasar volando*". Poco a poco, sus movimientos lentos se hicieron más libres y enérgicos. Los chistes y las bromas se hicieron menos frecuentes. Al cabo de algún tiempo, cuando la inhibición

12. N. del E.: Alta Montaña.

solo se dejaba entrever por su inactividad, le convencieron para que trabajara ocupándose en la jardinería. El estado maníaco remitió; el paciente era perfectamente ordenado y laborioso cuando fue dado de alta después de un año y nueve meses en el manicomio. Tras un interludio saludable de más de un año y medio, volvió a enfermarse de manía en 1899.

En el caso de H. A., cuyo comportamiento afectivo y psicomotor se reproduce esquemáticamente en la lámina adjunta bajo el epígrafe IX, la inhibición psicomotriz, que en relación con el estado de ánimo constantemente maníaco caracterizaba la fase del estupor maníaco, solo se manifestó cuando ya había transcurrido la primera mitad del ataque, si bien se había hecho notar ya desde horas antes. Se manifestaba principalmente en la inactividad del paciente, la lentitud de movimientos y la incapacidad para hablar, aunque, ocasionalmente, se veía interrumpida por un ligero impulso a actuar. Al principio hubo cierta fuga maníaca de ideas, pero pronto se evidenció claramente una dificultad para pensar.

El estupor maníaco duró aproximadamente nueve meses. La *Fotografía 1* muestra al paciente con un estupor maníaco con una expresión facial alegre, que revela cierta contención y una sonrisa traviesa, mientras que no hay nada que indique muecas como en un catatónico o un débil mental.

La señora C. G. nació en mayo de 1869. Un hermano murió probablemente por suicidio, uno de los hermanos de su madre padecía una enfermedad mental. Aprendió a andar tarde. A los 7 años padeció de meningitis y una afección ocular. Se dice que a veces se desmayaba. De niña era flemática; en la escuela mostraba aptitudes medias. En 1883 sufrió un ataque convulsivo; en los años siguientes también tuvo varios ataques, que fueron interpretados como histéricos. A la edad de 16 años trabajaba como criada. En 1886/87 enfermó de manía, pasó más de medio año en el manicomio de Heidelberg y permaneció llorosa y sombría durante algún tiempo después de su liberación. En 1889 volvió a tener manía durante cuatro meses; en una carta que envió a su



Fotografía 1

casa en aquella época, escribió: *"...es que eso lo saben desde hace más tiempo que yo, que soy inquieta y salvaje..."*; al mismo tiempo se quejaba intensamente de sus padecimientos. Durante los intervalos se encontraba sana. Se casó en 1892, en 1894 enfermó de nuevo durante el tercer mes de lactancia con su segundo hijo y fue tratada en el hospital durante tres semanas. Mostraba un humor elevado, reía mucho, era erótica; pronto se volvió algo estuporosa, desatenta y perezosa. Entremedio solía estar muy excitada. Ya calmada, fue dada de alta. En el otoño de 1897, seis semanas después del nacimiento de su tercer hijo, se puso triste durante la lactancia y se acostó, para cambiar pronto a una alegre excitación. Empezó a pelearse con los que la rodeaban, por lo que fue llevada de nuevo a la clínica a finales de octubre de 1897. Se tomaba las cosas bien, era sensata, ordenada y suficientemente orientada; nombraba correctamente el año, pero no el mes. Reconoció a los médicos y asistentes de su internación anterior. El estado de ánimo era bastante elevado, la mayoría de las veces muy erótico, ocasionalmente también irritado y grosero; en raras ocasiones se podía observar también un estado de ánimo algo depresivo. La señora G. mostraba deseos de moverse y hacer cosas, pero esto se vio tempranamente interrumpido por alguna hora de estupor. Caminaba mucho, seguía las rondas, participaba en las conversaciones de los médicos, le arrebatava el sombrero al profesor, rompía una carta de su marido sin haberla leído, hacía comentarios mordaces, a menudo en dialecto, reía y cantaba. Quiso pegarle a su marido, que venía a visitarla. Tuvo que ser expulsada de la fiesta comunal de Navidad de 1897 porque quería arrojarles sus zapatillas a los árboles de Navidad. Al cabo de tres meses, la excitación psicomotriz fue sustituida por la inhibición. Alternativamente, el elevado estado de ánimo se manifestaba en erotismo o irritabilidad, a menudo tan intensos que el estupor podía interrumpirse por un breve espacio de tiempo. Durante la ronda por la sala, enfadada les gritó a los médicos: *"Solo tres pasos del cuerpo o recibirás una fuerte bofetada en la trompa"*. De vez en cuando intentaba abrazarles, quitarles las llaves, etc. A veces también se agitaba, tiraba un cuenco, pero sobre todo se quedaba quieta, inmóvil en la cama y solo hacía los movimientos más necesarios; todo era perezoso, a menudo no respondía a las órdenes; hablaba despacio y en voz baja o no contestaba. Aunque lo más frecuente era que solo una expresión alegre y contenta o una sonrisa pasajera expresaran euforia, el mutismo y el incumplimiento de las órdenes a veces llegaban a ser tan intensos que se podía fingir negativismo. Muy a menudo la paciente no podía ser persuadida de dar una respuesta por mucho que se insistiera; de hecho, ocasionalmente se daba vuelta, retiraba la mano, mostraba la espalda al interrogador o se arrastraba bajo su frazada. Esta era la coquetería de las pacientes maníacas, el desafío o un cierto decorativismo, que a menudo estaba relacionado con el erotismo, pero siempre basado en efectos e ideas, a los que apuntaban claramente las declaraciones ocasionales de las pacientes que acompañaban a tal comportamiento, tales como: *"¿De dónde me conoces realmente?"*, o *"¿No tienes nada que*

preguntar! ¿o acaso yo te pregunto?", o incluso: "¿Todavía no tienes bastante? ¿Soy tu maestro de música? ¿Tienes que aprenderlo todo enseguida, demonio?". A menudo se mostraba violentamente hostil a los exámenes físicos en particular, como durante la percusión y la auscultación, pero todas sus expresiones y acciones estaban constantemente libres de frases llamativas, modales y absurdos; nunca revelaban ninguna debilidad mental; todo lo que decía y hacía tenía un sabor fresco y natural; sus discursos tenían, por así decirlo, sentido. Particularmente indicativos de la naturaleza maníaca de la enfermedad eran su distractibilidad, por lo general bastante marcada, su observación del entorno y su excitabilidad por influencias externas. En el primer período, había una decidida fuga del pensamiento, que más tarde también se caracterizaba ocasionalmente por juegos de palabras individuales, asociaciones de sonidos y así sucesivamente. A la observación: *"¡pero si transpira!",* la enferma respondió: *"Sí, con el sudor de la frente, nada más".* Preguntada si le dolía el pecho, respondió: *"¡Sí, en el pecho, en la caja pectoral, en la cajita!".* Cuando se pronunció cerca de ella el apellido Fassnacht, gritó: *"Sí, usted es un barril de noche".* La mayor parte del tiempo, sin embargo, su inhibición mental prevalecía durante el estupor. Durante una presentación clínica, dijo correctamente el año y el año de nacimiento, sin poder calcular su edad; cuando se le pidió que escribiera su nombre, escribió su nombre y apellido de soltera; calculaba torpe y lentamente, cometiendo errores que solo corregía cuando se le pedía repetidamente que lo hiciera.

Mientras que solía escribir durante épocas con manía pura y en momentos que se encontraba sana, cartas con bastante habilidad y ortografía, como lo muestra la siguiente carta, escrita a finales de 1898, en la que se reconoce claramente la alteración del pensamiento, que le dificulta encontrar las expresiones adecuadas para el significado pretendido: *"Manicomio. IIIV. Diciembre 1899. ¡Querido hermano Friedrich! Permítame informarle brevemente que estoy algo mejor hasta ahora y no tengo nada de que quejarme de mi estado, pero que si solo en casa no hubiera llegado a estar mejor que HNAN. Nosotros como tú mi querido Fritz echaremos mucho de menos a nuestra madre, también nuestro viejo honorable H. D. N. quien también ha fallecido. Por lo contrario, quedando con especiales deseos, un saludo amistoso, tu hermana C.... un sinceramente amoroso deseo para el cambio de año de felicidad y bendiciones".* Después de todo, el hecho de que la paciente haya podido ahora retomar el escribir cartas, indica un retroceso de la inhibición psicomotriz.

El estado maníaco también está disminuyendo, por lo que cabe esperar una recuperación completa en poco tiempo. Durante su estancia en la institución, la paciente padeció pleuresía e insuficiencia cardíaca, sin que ello afectara a su comportamiento mental. Tras una fase inicial de excitación maníaca que duró unas diez semanas, presentó el típico cuadro de un estado maníaco estuporoso durante más de un año completo. Este caso también es notable, debido a que presentó un estado mixto que suele observarse con frecuencia, como uno de los más tardíos, duraderos y graves, en la vida de un paciente maníaco depresivo.



Fotografía 2

La *fotografía 2*, muestra a la paciente tranquilamente tumbada en la cama durante el período de estupor maníaco, sonriendo tranquilamente con una expresión de alegría natural y mirando atentamente lo que ocurre a su alrededor.

El siguiente caso es un ejemplo especialmente elocuente de estupor maníaco:

La señora X. Y. nació en la primavera de 1846; un tío estuvo melancólico en la vejez; seis hermanos están vivos y sanos. En su juventud aprendió bien y fue muy diligente. Nunca estuvo gravemente enferma, pero a veces se quejaba de afecciones cardíacas. Se dice que a los 18 años estuvo deprimida durante un breve período y se hacía autorreproches. A los 28 años, tras destetar a su segundo hijo, enfermó mentalmente y fue ingresada en el hospital psiquiátrico de Erlangen durante un año. Al momento del ingreso, estaba deprimida, ansiosa e intranquila.

Se sentía que era impura, practicaba la abstinencia y estaba mutista. Tuvo alucinaciones y cometió un intento de suicidio. Después de ocho días, sin embargo, el humor de la paciente se volvió alegre, pedía salir, pero no respondía a las preguntas y no comía lo suficiente. Abofeteaba al personal y llamaba bruja a la asistente. Se esforzaba por obtener de forma violenta, las llaves. Hacia todo tipo de travesuras, tiraba el peine al retrete, escondía las sábanas o la taza de beber. Al médico se dirigía siempre con mucha confianza y le decía "tú": *"¡Álzame! ¡Llévame contigo! Eres mi hermano, eres mi marido"*. Siempre estaba orientada. No solía responder a las preguntas, sino que se reía en la cara de los presentes. Cuando hablaba, solía tardar mucho en pronunciar una nueva frase. A veces se ponía grosera. En el jardín arrancaba hojas y flores. Robaba la ropa de un enfermo para ponérsela, alegando que era más bonita que la suya. No tenía la menor intención de trabajar. Su comportamiento mostraba siempre un estado de ánimo elevado, a menudo algo erótico. Al médico le decía: *"Vení que te doy un beso!"*, y a la celadora: *"¡Eres mi criada!"*. Se la llevaron sin curarla, pero tras permanecer cuatro semanas en su casa se recuperó por completo.

Desde entonces, la señora Y. siempre ha llevado su casa de forma correcta, siendo un ama de casa y madre ordenada y trabajadora. Sin embargo, a veces, caía en estados de nerviosismo.

Luego de 22 años de remisión, la señora Y., en el verano de 1896, durante su menopausia, enfermó de nuevo, supuestamente a raíz de la emoción por la venta de una casa. A principios de octubre empeoró, ya no dormía y se auto reprochaba. Enseguida fue ingresada en el manicomio de Heidelberg. Durante los primeros días mostró signos de depresión, deseaba su muerte, pensaba que estaba enferma, pero luego cambió su comportamiento para desarrollar un cuadro clínico que se corresponde con fidelidad casi fotográfica con el estado descrito en su antiguo historial clínico de Erlangen.

El orden, la prudencia y la orientación no resultaron afectados en un principio. Al principio, hubo una profunda inhibición y enlentecimiento de todos los movimientos. La paciente hablaba muy poco, en voz baja y solo con largas pausas. Sus respuestas, en particular, eran extremadamente escasas. Había una indecisión constante, una tendencia a la inactividad, a menudo una pronunciada adicción a la cama, pero a menudo también inestabilidad e inquietud. Incluso a primera vista, los movimientos parecían más bien lentos y medidos. Esta observación fue plenamente confirmada por las pruebas de laboratorio con las escalas de escritura. De todos los pacientes maníaco-estuporosos examinados, la señora Y. producía las curvas que más se parecían a las curvas puramente estuporosas. La presión de la escritura era extraordinariamente baja, la velocidad muy reducida. La duración de la escritura de series numéricas era más del doble que en las personas sanas. Tanto las pausas como el tiempo real de escritura eran más largos. Para cubrir una distancia de escritura de un milímetro, la paciente necesitaba al menos más tiempo de escritura que el máximo tiempo observado en pacientes normales. Lo único en el experimento que no correspondía a los resultados en pacientes puramente estuporosos, sino que debía interpretarse como un rasgo maníaco, era la evidencia de un progresivo aumento en la velocidad de escritura de series numéricas, es decir, el signo de un aumento de la excitabilidad psicomotriz. Una clara inhibición del pensamiento fue expresada por el hallazgo de que se necesitaba 4 veces más tiempo para realizar pequeñas restas en comparación con personas sanas. Para contar de 1 a 20, necesitaba $7 \frac{1}{5}$ segundos, mientras que una persona normal lo realiza en $1 \frac{3}{5}$ segundos. En el transcurso de la observación clínica, se acrecentaba la inhibición del pensamiento, la paciente tenía dificultades para orientarse o concentrarse en algo. La distracción era claramente objetivable. Durante los primeros días de su estancia en la institución, todavía había algo de depresión, para luego pasar a dominar un estado de ánimo elevado, en su mayoría con una tonalidad erótica. Ocasionalmente, la paciente probablemente estuvo angustiada una vez más, preguntando de repente: *"¿Ha fallecido mi hijo? ¿Está muerto mi hermano? ¿Qué ha ocurrido? Sí, mi hijo ha muerto*

porque usted me mira así". Habitualmente reinaba en ella un humor alegre y emprendedor; quería ponerse bien pronto o no se creía enferma en absoluto; quería irse a su casa, quería hacer compras.

Elevó grandes demandas, pidió ser trasladada de la segunda a la primera clase, deseaba subsidios de comida. Una vez metió la mano en los bolsillos del médico, rebuscó en ellos y robó un pañuelo, que solo se le pudo quitar con dificultad. A menudo acusaba a los guardias, les gastaba pequeñas bromas y, sobre todo, intentaba robarles las llaves. Salía del pabellón a empujones, con obstinación y violencia, y se paseaba inquieta detrás de la puerta. A menudo se negaba a comer, por lo que había que recurrir a la alimentación por sonda, a la que se mostraba tan reacia que se temía por su vida; su peso corporal descendió rápidamente unas 35 libras. Luego otra vez comía bastante, 4 tazas de café y 3 panecillos de una vez, y le gustaba quitar la comida a los demás, pero solo la mejor comida de los pacientes de la 1a y 2a clase. Buscaba con avidez los regalos, sobre todo la comida que habían traído a otros pacientes. En todas sus actividades, llevaba una expresión segura de sí misma, orgullosa, a menudo algo traviesa, a veces con una sonrisa con muecas, que a menudo se exageraba en sonoras carcajadas, pero no impresionaba como las muecas manieristas. Se tuteaba con todo el mundo, llamaba "*Brotfresser*"¹³ al profesor y, a menudo, intentaba besar al médico. Refiriéndose al teléfono del pabellón, presumía de que todos sus parientes tenían teléfono y podían telegrafiar a cualquier parte. Una vez dijo que oía voces que le ordenaban levantarse de la cama; luego las celadoras le dijeron que permaneciera acostada; ahora no sabía qué hacer. En todo lo que le hacían, se mostraba voluntariosa y siempre exigía algo especial y mejor que todos los demás. Una vez consiguió robarle las llaves a la celadora, con las que se escapó al pabellón de hombres; en otra ocasión cogió las llaves de debajo de la almohada del celador por la noche y se coló en la habitación de un médico. En el transcurso de dos años, los síntomas se fueron atenuando gradualmente. La inhibición seguía manifestándose principalmente en su inactividad e incapacidad para decidirse; la paciente caminaba con seriedad por la sala, con la barbilla apoyada en una mano y las faldas un poco levantadas. De vez en cuando se dejaba persuadir con ruegos y promesas, para que escribiera una breve carta a sus parientes. Expresaba todo tipo de deseos, quería salir a pasear, pero sobre todo quería que le dieran el alta. A veces intentaba escapar trepando por la valla del jardín. En el pabellón, a veces entraba por la fuerza en las habitaciones de los demás y se llevaba pequeñas cosas, sobre todo comida. En una carta a sus parientes invitaba a toda la familia a su próximo compromiso con un médico; durante horas permanecía al acecho en la ventana o detrás de las puertas hasta que la persona en cuestión acudía a visitarla. Cuando sus

13. N. del T.: *Brotfresser*: literalmente devorador de pan. Hay un juego de palabras que suenan parecidas: *Essen* es comer en el caso de las personas y *fressen* es comer en el caso de los animales.

parientes la visitaban, por fin se volvía más accesible, pero siempre exigía con urgencia volver a casa, prometía comportarse de forma ejemplar y se quejaba amargamente de su "encarcelamiento". En el verano de 1898, la paciente se negó, luego de un paseo con su hija quien quería acostumbrarla a la vida fuera de la institución, a regresar a la clínica. Al menos había una mejora de un mes a otro. La expresión facial seguía mostrando rasgos algo eufóricos, ligeramente burlones, en relación con una cierta contención. El estado de ánimo de la paciente era a menudo inestable, ya no presionaba para marcharse, sino que pedía, con expresión de pesar, que la enviaran a su casa, volver a vivir con sus hijos. *"Es triste estar tanto tiempo fuera"*, decía, y preguntaba: *"¿No añoraría usted también a sus hijos?"*. Su comportamiento se había vuelto gradualmente más libre, sus respuestas eran más rápidas y se podía determinar que tenía cierta noción de su enfermedad. La percepción, la orientación, la memoria y el juicio eran normales. La indecisión disminuía, la paciente escribía cartas de cuatro páginas y empezaba a ocuparse de trabajos manuales. Su peso corporal había vuelto a su nivel anterior y se mantenía en él, de modo que la señora Y. pudo ser dada de alta en plena convalecencia a finales de 1898, tras dos años de tratamiento institucional. Aunque la paciente no pudo volver inmediatamente a sus antiguas tareas domésticas, sino que tuvo que vivir con su hija en un hotel de una ciudad desconocida, su recuperación no se detuvo.

Este caso es de extraordinaria importancia, en primer lugar, porque representa una recaída después de 22 años de intervalo libre, y en segundo lugar porque, aparte de la depresión fugaz a los 18 años, los dos ataques graves en el curso de la vida de la paciente presentaron de manera bastante uniforme el carácter mixto del estupor maníaco. Desde el punto de vista de este diagnóstico, la recuperación que ahora se había producido realmente podía predecirse al comienzo del último ataque, incluso en un momento en que la paciente se encontraba todavía en un estado muy grave y, a causa de su negativa a comer, también físicamente bastante precario. En esta paciente, además, el accidente posterior tuvo un curso más prolongado que el anterior, mientras que los dos períodos de enfermedad parecían paso a paso, ser similares.

No es necesario señalar en detalle la gran importancia práctica que debe atribuirse a esta concepción del estado maníaco-estuporoso, en la medida en que confiere al ataque como tal, un pronóstico absolutamente favorable mediante su inclusión en el grupo de la locura circular o maníaco-depresiva, en contraste con las perspectivas esencialmente desfavorables que surgen de las enfermedades consideradas en el diagnóstico diferencial.

Como complemento del estupor maníaco podemos considerar otro grupo de estados mixtos, teóricamente tan notables como la forma hasta ahora descrita, aunque su importancia práctica sea quizá de menor peso. Una especie de imagen negativa, por así decirlo, de los casos que acabamos de describir con afecto alegre, con inhibición psicomotriz y alteraciones del pensamiento, proporcio-

nan con los estados en los cuales se combina un afecto depresivo con excitación psicomotriz e ideas de fuga. Ante la clásica depresión estuporosa de la locura circular, aquí tenemos una depresión combinada con excitación, que nos permite utilizar el término de *depresión agitada*. Hemos insinuado que tales estados de corta duración, no son infrecuentes; también suelen considerarse en ese grupo de casos los que presentan frecuentes cambios de humor, donde una continua excitación con fuga de ideas pronto marcará el cuadro de una habitual manía y donde cuando el afecto rote a depresión, surge un estado mixto, el que ahora comentaremos con más detalle. El fluctuante caso de M. U., descrito con más detalle, presentaba extremadamente frecuente un cuadro de depresión agitada. Al igual que el estupor maníaco, esta forma mixta suele durar tanto que domina el episodio y puede dar lugar a errores de diagnóstico.

La percepción, la sensatez, la orientación y la memoria suelen estar intactas. Las alteraciones sensorio-perceptivas y las ideas delirantes pueden aparecer esporádicamente, pero acaban desapareciendo de nuevo como en todas las enfermedades circulares. El estado de ánimo depresivo puede presentarse en todos los niveles posibles, desde una intensa tendencia suicida con autolesiones, rechazo a comer, vívidos autorreproches, etc., hasta un estado de ánimo levemente deprimido e irritable o levemente quejoso. El grado de excitación también fluctúa extraordinariamente. Estos pacientes se pasean por el pabellón, empujan, se levantan en la cama, se desnudan, etc., otras veces la excitación solo se refleja en un ligero impulso de hablar. Es característico de la excitabilidad, su creciente intensidad cuanto alguien trata con ellos. Son compasivos y buscan personas a las que presentar sus quejas y confesar sus supuestos pecados. Al igual que los pacientes genuinamente maníacos, también se distraen con facilidad. Suele haber fuga de ideas, aunque no tan vívida como en la manía, cuyo elevado estado de ánimo permite una diversión de la atención en la vida emocional de nuestros pacientes, mucho más variada que la monótona coloración depresiva.

No es infrecuente, sin embargo, que también presenten inhibición del pensamiento; los pacientes tienen entonces dificultad en el pensar, tienen que pensar durante mucho tiempo antes de dar una respuesta, a menudo se repiten en sus expresiones, les resulta difícil orientarse y con frecuencia dan una impresión bastante confusa, especialmente cuando se agitan violentamente.

Estos pacientes nos recuerdan, sobre todo si el episodio se presenta en edad más avanzada, a la forma agitada de la melancolía involutiva. Hace tiempo atrás se ha ya señalado que se podía observar en los pacientes melancólicos, fenómenos similares a la fuga de ideas de los pacientes exaltados; como lo describió Richarz¹⁴. Estos pacientes se quejan de no poder retener los pensamientos; tan pronto como han concebido un pensamiento, éste desaparece

14. Richarz. Ueber Wesen und Behandlung der Melancholie mit Aufregung (Melancholia agitans), *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, volumen XV, p 28.

en un instante y en su lugar aparece otro, bastante extraño; no pueden pensar ni reflexionar sobre algo; tan pronto como comienzan con una idea, se interrumpen; sus pensamientos saltan de uno a otro. Richarz se esforzó en distinguir este fenómeno de la fuga de ideas de la manía, atribuyendo a esta última la tendencia a formar series, rasgo que no se encuentra en el "melancólico". No podemos considerar esto como una diferencia fundamental, porque en la depresión agitada, también, como nuestros ejemplos mostrarán, la formación de series puede ocurrir, aunque a veces es contrarrestada por la dificultad de pensar que, ocasionalmente, ocurre simultáneamente con la fuga de ideas; por lo demás, la descripción de Richarz concuerda bastante bien con la condición de la depresión agitada. La diferencia más tangible entre esta forma y la melancolía involutiva la revela una visión completa de los ataques de la enfermedad a lo largo de la vida del paciente. La melancolía involutiva es una enfermedad de la edad avanzada, del presenium, mientras que la depresión agitada puede aparecer en cualquier período de la vida, desde la pubertad en adelante, y tiene tendencia a presentarse periódicamente y a alternar con estados maníacos leves o depresivos inhibidos o con otras formas mixtas, ya sea en diferentes ataques o en el mismo ataque. Sin embargo, una tarea diagnóstica diferencial consiste en distinguir la depresión agitada, incluso cuando llena todo un ataque, de la forma agitada de la melancolía involutiva. Para ello es valiosa la evidencia de fuga de ideas o inhibición del pensamiento, pero no siempre sirve, ya que estos síntomas deben deducirse solo secundariamente de los enunciados y a menudo no pueden determinarse en casos individuales. Un síntoma esencial y valioso es la distractibilidad. Si bien los pacientes melancólicos concurren al médico con sus quejas y peticiones, por lo general son indiferentes y desinteresados con su entorno, ya que se encuentran muy ocupados con sus propias emociones. Al contrario, en especial con los pacientes depresivos estuporosos, a los pacientes melancólicos les afectan relativamente poco los ruidos en el pabellón y no desencadenan una intensa excitación. No sucede lo mismo con los pacientes circulares con depresión agitada, que reaccionan mucho a personas y acontecimientos del entorno, sufren las escenas tormentosas de sus vecinos y se inquietan cada vez más en un entorno agitado. Responden a preguntas, los objetos que se les muestran les conmueven en su discurrir. La excitación tiene un rasgo básico reactivo. Por eso el aislamiento y los baños calientes son terapéuticamente mucho más apropiados para ellos que para los melancólicos involutivos.

Otros puntos de vista relacionados con aspectos distintivos para el diagnóstico diferencial con la melancolía son menos relevantes en la depresión agitada. A lo sumo, en una combinación de aumento de la excitación e inhibición del pensamiento, puede aparecer un cuadro que recuerde a los pacientes catatónicos; el examen debe hacer aquí especial hincapié en la dependencia de las impresiones del entorno, la distractibilidad, el profundo movimiento de la mente, en contraste con la monotonía, la elipticidad y la influenciabilidad del paciente catatónico.

Por último, los estados de agotamiento o excitación paralítica pueden entrar en cuestión. Además de los resultados de la exploración física y de los hallazgos etiológicos, hay que destacar siempre la distractibilidad y la capacidad de aumento, así como la frescura y naturalidad de la excitación depresiva del catatónico.

Aunque la vertiente práctica y pronóstica de esta concepción no se aproxime a la importancia del estupor maníaco, puede compararse con el diagnóstico erróneo de la melancolía involutiva, que es más probable que se produzca en pacientes de edad avanzada; sin embargo, hay que subrayar que la depresión agitada de la locura circular ofrece un pronóstico totalmente favorable para el caso individual, y que el curso, que si bien no excluye una larga duración de años, puede ser también extremadamente rápido, extendiéndose solo durante semanas. Entre los casos en que se basa esta descripción, hay bastantes que, según algunos de los pacientes se recuperaron tras varias semanas de enfermedad; otros, sin embargo, tardaron años, como en el caso de M. U., descrito anteriormente, que, además de otras mezclas de síntomas, mostraba principalmente depresión agitada en frecuente alternancia con el estado maníaco habitual.

A continuación, se describen brevemente algunos casos en los que el estado mixto de una depresión agitada estuvo constantemente en primer plano.

I. S., comerciante y navegante, nacido a finales de 1850; estaba bien física y mentalmente; a los 27 años se infectó de lúes y gonorrea. Una de sus hijas enfermó de demencia precoz. En 1891, enfermó mentalmente tras una caída al agua. Durante su institucionalización estaba extremadamente furioso, con un comportamiento destructivo, rechazo a comer e ideas de grandeza. En 1896, tras caerse al agua, volvió a caer enfermo con una grave excitación maníaca, que le llevó a ser hospitalizado durante 4 semanas. Cuando estaba bien orientado, mostraba una intensa excitación motriz, era violento y destructivo; locuaz, con fuga de ideas, necesidad de rimar palabras, con ideas de grandeza sin sentido; ansiedad temporal e ilusiones auditivas; en una oportunidad el paciente gateó dentro de una letrina. El paciente fue dado de alta curado. A principios de 1898 se volvió furioso en el entierro de su hija, amenazó al capellán con un cuchillo, se desnudó, rehusaba su comida y tuvo un estado de ánimo claramente elevado. Con muchas contusiones en el cuerpo, fue llevado al manicomio, donde, por lo general se encontraba tranquilo, mostraba una viva agitación psicomotriz y locuacidad, así como un estado de ánimo elevado. Creía que su hermana le hablaba; rompía ventanas, se arrancaba la ropa del cuerpo, se negaba a comer, etc. La fuga de ideas era clara y reaccionaba ante estímulos externos. Al cuarto día, el humor elevado se había desvanecido, mientras que el paciente continuaba agitado y hacía muchas observaciones pusilánimes; por ejemplo, ya no debía llamársele "Señor S.", pues era un simple obrero. La fuga de ideas continuaba: *"¿No es usted el emperador alemán? ¿Bueno, entonces no veo bien, o es usted el señor Profesor o el Emperador Guillermo II? Sí, entonces no sé qué decir; si no conoces a los señores, te confundes. Así que tengo la idea de que*

deberíamos tener una Alemania unida, no más aduanas y demás. Así tengo estas cosas en mi cabeza, no sé cómo se me ocurren; no más necesidad de tanta milicia, no más necesidad de pagar tanto dinero, una clase media sólida en el Reich alemán, para que la gente pobre esté conforme." Las ilusiones auditivas seguían presentes; la sensación de estar enfermo era clara: el paciente dijo varias veces que aún no tenía la cabeza despejada. Temía ser castigado de alguna manera; pero no había hecho nada. Las voces se burlaban de él y decían que había que matarlo. A los catorce días el paciente ya se comportaba con bastante tranquilidad; pasó por otra erisipela y pudo ser dado de alta curado tras una estancia de cinco semanas. Físicamente no se encontró nada anormal.

En este caso, tras un breve estadio inicial puramente maníaco, se produjo un estado mixto de excitación psicomotriz con afecto depresivo. Al igual que los ataques anteriores, más puros, también este terminó en recuperación tras un curso extraordinariamente rápido. En marzo de 1899, enfermó nuevamente de manía, sin causa externa desencadenante, pero se recuperó al cabo de tan solo catorce días.

La señora J. B. no tenía cargas hereditarias, tenía buena disposición y siempre estuvo físicamente sana. A finales de 1878 cayó enferma el día de su boda con un estado de ánimo triste y fue ingresada en el Instituto de Illenau durante diez semanas, donde la enfermedad fue diagnosticada como "Melancolía activa". La paciente gemía, gritaba, actuaba muy desesperada y se negaba a comer; su agitación era tan fuerte que no se le podía entregar una carta que había llegado. Sin embargo, pronto se calmó, pero hasta tres meses después del alta no se recuperó totalmente. En su casa siempre estuvo sana y era trabajadora, dio a luz siete hijos, se esforzó por criarlos y se ocupó de la casa. Desde principios de mayo de 1898, estuvo otra vez agitada, comenzó a plantearse autorreproches, a preocuparse por cosas sin importancia o incluso imaginarias; no lo había hecho todo bien; se lo habían hecho personas malas; lloraba mucho y ya no se preocupaba realmente de la casa. Entre medio, a veces reía llamativamente. Reprochaba injustamente a los niños, que temían el carácter excitado y travieso de su madre; al fin y al cabo, se decía que ella había amenazado a sus hijos con un cuchillo. Físicamente estaba decaída; su apetito y su sueño eran escasos. En la clínica estaba pensativa, ordenada, totalmente orientada con respecto al lugar, al tiempo y a las personas de su entorno. No había indicios de alteraciones sensorio-perceptivas. Casi siempre estaba vívidamente deprimida y se quejaba de su internación en la institución. Afirmaba preferentemente que, como judía, tenía que quejarse de su estancia en un lugar cristiano. A menudo se negaba a comer y exigía comida ritual. Su agitación se manifestaba en inquietud motora y locuacidad; el aumento era infundible en cuanto uno se acercaba más a la paciente. Si se conseguía inducirla a responder a preguntas en profundidad, era posible lograr un completo rendimiento intelectual; realizaba tareas de sumas como, por ejemplo, 13×17

ó 21x27 ó 14x23, de forma rápida y correctamente. Por lo general, hablaba con una catarata de palabras, que a veces se veía interrumpida por lágrimas y por sollozos, con numerosas quejas, que por lo general se debían al hecho de que se consideraba injustamente internada. No podía quedarse allí, estaba muy bien; debía ser una pesadilla para sus hijos que se supiera la estancia de su madre en el manicomio; al menos deberían conseguirle un libro de oraciones; no necesitaba ninguna medicina. Escribió una larga carta, algo somera, pero, por lo demás, bastante correcta, en la que se quejaba de forma similar de principio a fin: *"...y entonces mi despertar es triste. Si lloro lágrimas de pena, que tengo que llorar, aquí no se me cree, porque aquí todo el mundo llora, así que se supone que también son lágrimas que se lloran sin entender. Oh, cómo sangra el corazón de madre cuando pienso en vosotros, niños que ahora sois tan desgraciados por mi culpa. Y tú, vuestro querido buen papá, oh, cómo me desvanezco cuando pienso en ti, mi querido, amado esposo. Siempre estas ante mis ojos, oh ven y llévame contigo para que podamos estar juntos de nuevo..."* y así sucesivamente. Poco a poco se podía observar que de vez en cuando mostraba una expresión sonriente en sus discursos. Con cierta autosatisfacción, hablaba de las *"lágrimas justas"* que lloraba. A medida que la excitación disminuía, el efecto tendía ocasionalmente hacia un estado de ánimo elevado antes de que volviera el acogedor equilibrio. Físicamente no se podían detectar afecciones. Tras una estancia de solo diez días en la institución, la señora B. fue dada de alta y pronto se recuperó. En el gráfico de curvas adjunto, el caso XIV se refiere a ella.

Lo que es particularmente notable en este caso es que ambas enfermedades observadas a lo largo de su vida se caracterizaron por tener el carácter de una agitación depresiva. Los detalles de la última crisis también revelan una clara fuga de ideas.

La señora M. E. Z. nació en 1833. Un tío y un hermano son enfermos mentales. En su juventud era sana; se ocupaba de las tareas domésticas y del trabajo en el campo. Se casó en 1856 y el matrimonio no tuvo hijos. Inmediatamente después de la boda tuvo dolor de cabeza durante varias semanas. Poco a poco se fue entristeciendo, todo le resultaba *"desagradable"*, ya no podía trabajar y pensó en el suicidio; poco a poco empezó a recuperarse. Desde entonces, esos estados de depresión regresan cada año, siempre duraban de cuatro a seis semanas, y durante los períodos intercríticos estaba sana. Nunca se observaron períodos notablemente alegres. En los últimos años se habrían producido tres desmayos. En 1896 el estado de ánimo triste se agravó tanto que fue necesario su traslado a la clínica. La paciente mostraba una expresión deprimida, inmóvil y una postura encorvada. La percepción era buena, la orientación inicialmente pobre. Había claros indicios de inhibición psicomotora, que se expresaba en la lentitud de movimientos y en el habla tranquila y vacilante. Para contar desde 1 hasta 20 tardaba 15 segundos; ella misma decía: *"No puedo hacerlo más rápido"*. Calculaba pequeñas tareas lentamente, pero correctamente; ella misma

corregía cualquier error. A menudo expresaba ideas de pecado, de que lo había *"hecho todo"*, envenenado el mundo, etc., o reinterpretaciones delirantes: el médico era uno de los que matan a la gente; su marido probablemente ya había sido ejecutado; Babel había sido quemada. La depresión fue tan intensa que se negó a comer durante algún tiempo y tuvo que ser alimentada por sonda. Temporalmente, la depresión también se manifestó en arrebatos de ira, insultos y golpes. Al cabo de casi seis semanas, la paciente se había calmado, su estado de ánimo era igualmente amable y era capaz de comprender su enfermedad, por lo que pudo ser dada de alta a su domicilio.

Desde entonces se había mantenido sana en general, solo algo contemplativa hasta que en el verano de 1898 tuvo que guardar cama a causa de unas varices y tras una grave hemorragia varicosa, volvió a aparecer una depresión parecida a la de años anteriores. La paciente creía que era el diablo, que debería haberse arrojado al agua; el sueño y el apetito eran escasos. A finales de noviembre de 1898, volvió a ser admitida en la clínica. Ella lo tomó bien, alegre, organizada, orientada, pero poco reflexiva; al menos dio bastante buena información sobre detalles de su estancia anterior. La actividad psicomotora era más bien lenta al ingreso, pero pronto apareció la excitación, la paciente hablaba constantemente, lloraba a gritos, saltaba de la cama y se dirigía a las personas que la rodeaban para expresar sus quejas. El afecto depresivo era vivido, al mismo tiempo producía muchas reinterpretaciones delirantes. El diablo saltaría afuera en el jardín, los esclavos estaban cambiados, incluso las gallinas eran diferentes, tan revoloteantes; ella viene del profundo mar de hielo, había envenenado la manzana en el paraíso, envenenado el hermoso jardín de rosas, envenenado toda la tierra, no quedaba ningún ser humano. Se golpeaba a sí misma y pronto rechazó la comida con gran obstinación, de modo que hubo que alimentarla por sonda durante meses. Sus discursos tenían un fuerte tinte depresivo y divagaban rápidamente de una cosa a otra, de modo que no era raro que aparecieran fugas de ideas. Entre otras, quedó registrada la siguiente nota taquigráfica: *"Ahora no me queda nada, oh Dios, he envenenado el mundo entero, toda la ancha tierra, sí, lo he hecho. Si, por qué no me cuelgan allá abajo, donde está la cerda. Eva (aludiendo a su nombre de pila) ha envenenado la tierra, Eva ha envenenado a Adán, no sé cómo, me están convirtiendo en arcilla, arcilla, se está haciendo arcilla y ladrillos, arcilla y ladrillos, cristal has dicho, cristal, ahí está la puerta de cristal, estoy en casa y no tengo nada más, nada más que hacer, he envenenado la tierra, he envenenado el mundo entero, ahora me colgaran ahí abajo, ya no para un cerdo. Sí, he quemado el hermoso jardín de rosas. Ahora harán ladrillos de mí, porque he sido tan mala, porque he negado a Dios, por eso seré quemada, tendré que arder para siempre ahí abajo, ahí está el barro. Plata y oro, lo tienen, todos los árboles están quemados, ya he visto la arcilla, puedo verla allí. De mí se hará barro. Tú tienes plata y oro y yo seré hecha barro. Ahora tengo que volver allí, al fondo, a lo alto, seré colgada como una cerda. Plata y oro tienes, plata y oro, plata y oro tienes"*. Se mesaba los cabellos. Cuando le preguntaron

si conocía al doctor, continuó: *"No, tú también eres una mala persona, tampoco uno bueno, como yo lo soy. Plata y oro, plata y oro, plata y oro, vale, hasta ahí he llegado, hasta ahí he llegado. Plata y oro, plata y oro, plata y oro, plata y oro, estás matando gente y es culpa mía, hasta ahí he llegado. Me has envenenado completamente. Ahí arriba cuelga Satanás. También eres tú. Sí, eres tú. Me has envenenado por completo, tú también. Y yo también he sido mala, yo también he sido malvada. Tiene plata y oro, plata y oro. Justo usted se queda ahí y yo no he creído mucho en Dios. Tampoco he rezado mucho. Adán envenenó la tierra. Adán debe arder. Adán debe permanecer en ella para siempre. Ahí es donde yace"*. Se señalaba a sí misma; a la objeción de que era la señora Ziegler, respondió: *"¡Sí, es una hermosa Ziegler! Adán envenenó la tierra, Adán debe arder, sí, soy peor que Satanás, él saltó por ahí, ahora está de vuelta ahí, Satanás se alimenta de tierra y barro, pero esa es la corona ahí arriba, yo la vi ahí fuera, la corona. Allá afuera veo la corona de espinas. Es paja. La paja cuelga de la cerda. Eso es paja colgando de la cerda. Cuelga ahí abajo. Soy Satanás. Todavía me hicieron Satanás. Así es como estoy colgada. Satanás ha envenenado la tierra. Satán cuelga ahí"*. En este torrente de discursos se hace evidente la fuga de ideas, la tendencia a formar secuencias y a hacer juegos de palabras con su nombre, así como algunos signos de cierta dificultad para pensar, sobre todo la repetición de algunas expresiones y la adhesión ocasional al mismo círculo de ideas. Ocasionalmente, la peculiar combinación de urgencia por hablar e inhibición del pensamiento era tan intensa que la paciente repetía la misma expresión durante horas: *"La cerda de ladrillo..."* o *"Tierra envenenada, tierra envenenada"*, que podía confundirse con verbigeración. Era evidente que había distracciones visuales y auditivas. Conectaba con todo lo que le dijeran o le mostraran. Cuando se le tendía una llave, la describía como la llave del reino de los cielos, que estaba cerrado para ella. A menudo respondía a comentarios casuales que se hacían en su barrio y que no iban dirigidos a ella. Sin embargo, a partir de la décima semana se tranquilizó un poco; empezó a suavizar y corregir sus delirios. Cuando le preguntaron si realmente había envenenado la tierra, respondió: *"No puedo asegurarlo". ¿puede una persona envenenarla? Debida de haber mentido. ¿Puedo hablar de Dios?"*. Ahora pedía irse a su casa, recibía muy amablemente a su marido, que venía de visita, y de vez en cuando volvía a comer algo. Poco a poco, se fue quedando cada vez más tranquila, hablaba de forma amable con los que la rodeaban y seguía estando claramente distraída. Su habla se volvió más escasa y reticente; ya no podía manejar un flujo de palabras. Para contar del 1 al 20 empleó 9 segundos, un par de días más tarde 17 segundos; no podía enumerar los nombres de los meses sin interrumpirse con suspiros y contemplaciones, de modo que finalmente tardó 33 segundos. Sus movimientos se volvieron lentos y visiblemente inhibidos. Cada vez más, la contemplación pasaba a primer plano. A la paciente le costó un gran esfuerzo proporcionar información sobre su estancia anterior en una institución, de la que al principio sabía bastante. Mientras que en las áreas psicomotora y asociativa se producía un cambio trascendental de la

excitación a la inhibición, el estado de ánimo depresivo persistía. La señora Z se negaba rotundamente a comer, a veces incluso afirmaba que solo quería irse a casa para poder morir de hambre. Se quejaba especialmente cuando al registrarse su peso diariamente, le mostraban un aumento del mismo. La intensidad de los fenómenos está disminuyendo en la actualidad, de modo que ahora, bajo la concepción del caso como perteneciente a una locura circular o maníaco-depresiva, en la que al principio dominaba el cuadro el estado mixto de depresión activa, mientras que más tarde el estupor ocupaba ocasionalmente el lugar de la excitación psicomotora, se vislumbra una curación completa para la mujer, que ya tiene 65 años. También es notable que, como en los diversos estados motores de éste y del anterior ataque, el afecto fue siempre del mismo tinte depresivo, repitiendo a menudo las mismas expresiones sobre el envenenamiento del mundo, etc.

Tras la descripción de los estados mixtos, estupor maníaco y depresión agitada, cuya clasificación puede denotar no solo interés teórico sino también una trascendental importancia práctica, sea lícito mencionar una manifestación de la manía, cuya interpretación, aunque no suele tropezar con dificultades diagnósticas, resulta especialmente clara desde el punto de vista de los estados mixtos. Se trata de la llamada forma improductiva de la manía o manía improductiva.

Hay pacientes maníacos que dan una leve impresión de cierta imbecilidad. Muestran un estado de ánimo elevado, un semblante alegre, así como un impulso de estar activos y de hacer algo; deambulan inquietos por la sala, hacen todo tipo de travesuras, se acercan hacia otros pacientes o hacia el médico para frotarse eróticamente, y, ante estímulos externos, a menudo son explosivos, ruidosos e inquietos. Pero todas sus expresiones tienen el sello de cierta monotonía y debilidad; lo que dicen estos pacientes no produce la impresión frívola y enardecida del maníaco típico, sino que suena absurdo y pueril. A estos pacientes se les da, a menudo, un pronóstico dudoso o desfavorable en cuanto a la recuperación intelectual, hasta que finalmente decepcionan de una manera agradable demostrando estar de nuevo en plena posesión de su juicio, tan pronto como se han calmado. En este tipo de manía, la clásica fuga de ideas es reemplazada por una sintomatología opuesta, que se traduce en una alteración del pensamiento o inhibición del pensamiento. Los pacientes tienen dificultad para pensar; tardan mucho tiempo en recordar un nombre que antes tenían inmediatamente en mente. La orientación les resulta difícil. Resolver pequeños problemas aritméticos les lleva mucho tiempo; a menudo cometen errores, que reconocen y corrigen. Suelen permanecer sentados en silencio o murmurando durante horas. Les cuesta un cierto esfuerzo decidirse a escribir una carta; el contenido de lo que escriben es bastante simple, aburrido y monótono. A menudo repiten las mismas frases. Sus comentarios jocosos, que a menudo pronuncian con una gestualidad radiante como si fuera algo especialmente gracioso, son increíblemente insulsos y carentes de sentido. La distractibilidad suele estar presente, aunque no sea tan evidente como se observa en fuga de ideas que pre-

senta la manía. La excitabilidad es, por lo general, fácilmente demostrable, y es, tal vez, aún más visible que en los casos de manía típica.

Los maníacos improductivos que, por lo general, incluso cuando están inquietos, no muestran el impulso variado a la acción y el bullicio vivo y efervescente del maníaco clásico, reaccionan en forma más rápida al estímulo externo; de tal forma que el aumento de su excitación aparece más repentinamente.

En los estados mixtos, durante el transcurso del paso de una manía a la depresión estuporosa, frecuentemente se puede observar un estado de ánimo elevado con agitación psicomotriz e inhibición del pensamiento.

Se trata básicamente del mismo cuadro, que muchos autores describen como *moria* o como *Stadium decrementi* de Mendel¹⁵. Sin embargo, al igual que cualquier otro estado mixto, esta manía improductiva puede insinuarse durante varias semanas o más tiempo aún y, de repente, sin transición, puede desencadenarse un estado de manía energética, de modo que todo un episodio tiene la impronta de ese particular carácter. En episodios posteriores es donde la fuga de ideas es habitualmente sustituida por la dificultad para pensar.

El pronóstico del ataque único es tan favorable como en cualquier caso de manía clásica.

No debe confundirse el cuadro con aquellos estados de cierta debilidad y labilidad, los cuales pueden permanecer, especialmente en los ataques graves de manía circular con episodios que se suceden rápidamente.

El único diagnóstico diferencial que debe ser tenido en cuenta, son los estados de excitación de la demencia precoz con un afecto elevado. Debe destacarse la frescura y naturalidad del paciente maníaco, incluso ante toda improductividad, en comparación con el comportamiento manierístico y raro del paciente catatónico; también es importante la excitabilidad del paciente maníaco, mientras que el paciente catatónico es estereotipado e indiferente o incluso más negativista hacia el entorno.

Entender la forma de manía improductiva desde el punto de vista del estado mixto tiene su principal significado en cuanto al pronóstico, que es bastante favorable, a pesar del aparente defecto en la inteligencia, que luego remite, ya que no es más que la expresión de la inhibición del pensamiento.

Desde un punto de vista puramente teórico, la forma mixta de manía improductiva con humor elevado, excitación psicomotriz e inhibición del pensamiento descrita aquí, es la imagen especular de otros estados mixtos como el caso descrito anteriormente en W. W., en el que la inhibición y la depresión se combinaban con la fuga de ideas. Esta última forma es de menor importancia práctica, ya que ocurre con menos frecuencia, y es poco probable que se note durante la duración de un ataque completo.

15. Mendel. *Die mania*. Viena y Leipzig, 1881, p 21 y siguientes.

Para ilustrarlo, se presentarán brevemente algunos ejemplos clínicos en los que el episodio está dominado por el cuadro de una manía improductiva.

U. A., comerciante, nacido en 1868; una prima de su madre padece periódicamente una enfermedad mental. En la infancia padeció de una enfermedad del oído. En 1893, después de la anulación de su compromiso, se mostró notoriamente tranquilo, para luego estar maníaco durante unos 14 días. Luego de un intervalo saludable de 5 meses, otra vez se agitó, estaba pueril, habló sobre el Espíritu Santo, hizo grandes discursos, se hizo notar. Escribió muchas cartas, redactó una petición al parlamento, hizo largas propuestas para resolver la cuestión social y así sucesivamente. Existió una vívida fuga de ideas. Después de tres semanas de tratamiento institucional, fue dado de alta curado. Se casó en 1895; uno de los dos hijos de este matrimonio murió. A principios de mayo de 1898, el señor A. empezó a beber, se puso violento, bromeó e hizo travesuras hasta que lo llevaron al hospital psiquiátrico a finales de julio. Estaba sensato, ordenado y orientado. Su estado de ánimo era bastante elevado. Sus expresiones faciales eran excepcionalmente vivaces y constantemente alegres. La excitación motora persistía. Había indicios de un aumento y una fluctuación considerable de la presión en la escala de escritura. El paciente no quería quedarse en la cama, corría detrás de los médicos por la sala e intentaba entablar largas conversaciones. Sus declaraciones eran jocosas, pero bastante absurdas y ridículas. Afirmaba que su padre le había engañado y le había llevado al manicomio; que era independiente, que había demostrado lo que podía hacer y había *"...vertido vino claro"*¹⁶. Repetía este tipo de frases con muchas variaciones. Cuando la gente discutía con él, sus respuestas resultaban bastante bruscas. No tenía las réplicas del maníaco clásico, sino que repetía siempre las mismas frases; a la mayoría de las preguntas respondía solo con "sí" o con "no". Al mismo tiempo, estaba algo inflexible, no sabía la edad de su mujer y no recordaba nada de su anterior estancia en la clínica. A pesar de toda su inquietud e inconstancia, nunca conseguía encontrar objetos adecuados para su sed de acción. Tan ingenuas y tontas eran sus bromas y divagaciones, como improductivas sus acciones. La inhibición en el área de los procesos asociativos era inequívoca, aunque en forma aislada hubiera indicios de fuga de ideas. Al final de su estancia en la institución, su estado de ánimo a veces se tornaba depresivo. El señor A. fue dado de alta al cabo de once días.

A. R., nacida en 1879, sin cargas hereditarias, bien dispuesta física y mentalmente, desde los últimos años estaba anémica. Fue ingresada en el manicomio a principios de julio de 1897. En el exterior, llevaba semanas irritable, quería huir, hablaba mucho en forma desordenada, expresaba ideas de grandeza, afirmaba haber visto a Dios y oído a los ángeles, rechazaba la comida, de vez

16. N. del T.: "Verter vino claro", *Jemand klaren Wein einschenken* en el original: modismo que significa decirle a alguien la verdad sin preámbulos ni excusas. Por lo general, se trata de una verdad desagradable.

en cuando hablaba de suicidio y se volvía violenta. En el manicomio se mostraba ordenada, sensata y orientada. Admitió sus delirios. Relataba que hace más de medio año, estuvo triste y sentía todo lo que "estaba delante de ella como una montaña". La paciente mostraba ahora una disposición alegre, tendencia a bromear y cierto erotismo. Con facilidad presentaba excitación psicomotriz, quería bailar, tenía locuacidad, hablaba divagando bajo el efecto de fuga de ideas y distractibilidad. Calculaba muy deprisa, pero, de vez en cuando, cometía pequeños errores. La excitabilidad era muy clara. La paciente produjo un inmenso número de escritos, cartas, largas argumentaciones teóricas sobre su condición, sobre el emperador, la religión, la socialdemocracia, etc., y escribió muchos versos, todos ellos obviamente con fugacidad de ideas y superficiales, pero al menos lo hacía de tal manera que no se podía negar cierto sentido en ellos. Así, por ejemplo, escribió sobre el tema "dinero":

"Was ist so rar in uns'rer Welt?

Ja rar, weil wenig, ist das Geld.

Doch oft dem Geld man sich gefällt,

Weil Geld das Gold vor Augen stellt.

Gold ist es, das im Glanz behellt,

Gold ist's, das Kron' und Szepter fällt, Aus Gold viel Menschenleiden quell't..."¹⁷

Sin embargo, a principios de septiembre, tras unos días de ligera depresión además de cierta falta de concentración, la paciente pudo recuperarse totalmente. Fue dada de alta totalmente recuperada.

En junio de 1898, estalló de nuevo la excitación, la paciente cantaba, tocaba mucho el piano, estaba extremadamente alegre. A principios de julio tuvo que ser trasladada de nuevo a la clínica. Estaba ordenada, sensata y orientada. Su estado de ánimo era bastante elevado y erótico; siempre quería besar y abrazar a otros pacientes. Era muy juguetona; había una ligera excitación y locuacidad; cantaba durante días. Su capacidad de distracción era extraordinariamente grande; la paciente intervenía en todo lo que ocurría a su alrededor. Al principio era todavía capaz de dar buena información sobre su anterior estancia en la institución, mencionaba los nombres de los médicos y asistentes de entonces, etc. Sin embargo, pronto empezó a perder el sentido. Resolver problemas aritméticos le requería largos períodos de reflexión; a menudo, ni siquiera podía enumerar los nombres de sus hermanos; hablaba arrastrando las palabras, solo respondía sí o no, empezaba frases en las que se atascaba, y, con frecuencia, había que preguntarle dos o tres veces antes de que diera alguna información. Seguía implicándose en todo, pero ahora sus comentarios carecían de sentido y de contenido, muy distintos de sus pertinentes interven-

17. N. del T.: ¿Qué es tan raro en nuestro mundo? / Sí, el dinero es raro porque es poco. / Pero muchas veces el oro te gusta / porque ante los ojos el dinero favorece el oro / Oro es lo que con brillo ilumina / Es oro que brilla en corona y cetro, / Del oro mucho sufrimiento humano hay...

ciones anteriores. Sus cartas eran ahora muy breves y carentes de contenido. Empezó a escribir poesía de nuevo, pero normalmente tenía que recibir una sugerencia o un tema concreto antes de poder hacer algo. Sus versos eran mucho más flojos que un año antes; todos eran rimas vacías. Cuando se le pedía que cantara sobre el otoño, rimaba:

"Otoño – anuncia-curtir

Sin todos los adornos

Déjame mostrarte los guardianes de Cristo

Son mis bienes,

El médico debe tener

todos los dones de Dios".

Rara vez se entretenía haciendo punto o cosas por el estilo. Hojeaba mucho las revistas ilustradas, pero era incapaz de captar lo que veía o leía. Toda su conducta, con su comportamiento desinhibido, su andar inestable de un lado a otro en su habitación, su risa repentina, sus expresiones incoherentes, daban una impresión de imbecilidad, completamente diferente de la imagen de su manía productiva con fugas de ideas de hacía un año. Solo la frescura de su expresión facial alegre, la naturalidad de sus movimientos, que no tenían nada de maníacos, y la gran distractibilidad y excitabilidad hacia las impresiones externas, distinguían a la paciente en este estado de muchos pacientes catatónicos en el curso posterior de su enfermedad, donde la baja excitación y un humor ligeramente alegre se combinan con la indiferencia hacia el entorno, los manierismos y el aislamiento en sus movimientos y acciones. A. R. fue dada de alta completamente curada tras casi cuatro meses de enfermedad. También en su caso se observa que a un primer ataque clásico de manía siguió más tarde un ataque con el carácter de un estado mixto, una manía improductiva, en la que, además de la excitación psicomotriz y el estado de ánimo elevado, el tercer síntoma cardinal era la dificultad para pensar en lugar de la fuga de ideas, de modo que a primera vista el cuadro daba la impresión de un cierto deterioro mental, que podría haber llevado a sentirse tentado a inclinarse a un pronóstico desfavorable.

El siguiente es un caso especialmente ilustrativo de manía improductiva.

H. M., nacida en 1876, su padre pasó hace 20 años por un estado de excitación que duró cuatro meses; a los 17 años de edad, la paciente ya mostró cambios de humor en forma regular. En ese primer episodio estuvo llamativamente tranquila, durante doce días no comió ni durmió, lloró mucho y pensó que alguien habría muerto. Al atardecer del duodécimo día se volvió alegre y jovial, volvió a reír y a trabajar. Tras el inicio de la menstruación, a los 18 años de edad, desaparecieron estos estados. A los 20 años de edad estuvo deprimida por un corto lapso de tiempo. Unos meses más tarde se encontraba excitada y deseosa de hacer compras. Desde entonces, los estados de excitación se pro-

ducían regularmente en intervalos de tres a seis semanas, durante los cuales hablaba mucho, hacía todo tipo de cosas, quería viajar, hacía la maleta, afirmaba estar comprometida, hacía regalos y comía y dormía poco. Al cabo de doce a quince días se recuperaba regularmente. A mediados de febrero de 1898, había estado enferma durante seis días y fue llevada a la clínica en un estado de manía intermitente. Su concentración, juicio y orientación eran buenas, su humor muy elevado; experimentaba un gran impulso a trabajar y hablar, hablaba entremezclando el alemán, el francés y el inglés, recitaba rimas y chistes, todo ello con una clara fuga de ideas. No se percibía enferma. La paciente dijo que había ido a la universidad en París, que había estudiado medicina, que estaba prometida desde hacía seis años y que se iba a casar en unos días. Poco después, su estado de ánimo cambió durante un día a una profunda depresión, mientras que la agitación psicomotriz continuaba; la paciente se sentía mal, lloraba y se quejaba de que la habían llevado tan lejos, que la estaban insultando. Pronto, sin embargo, volvió a estar alegre, escribió poesía, cantó, bailó, todo ello de forma agitada y volátil, pero no exenta de destreza y gracia. La *fotografía 3* la muestra en este estado maníaco. En la séptima semana, la excitación se convirtió en inhibición, mientras que el estado de ánimo elevado, catorce días después, dio paso a uno ligeramente deprimido, mientras que la recuperación se produjo tras otras dos semanas. La curva III del gráfico ilustra el curso de este ataque.

Tras un período intermedio completamente sano, a finales de octubre de 1898 estalló un nuevo ataque maníaco, que en un principio se correspondía completamente con el de la primavera anterior. Prevalecía el mismo estado de ánimo exaltado que entonces, la misma notoriedad con perspectivas de matrimonio, lenguas extranjeras, versos, etc. La paciente debatía, cantaba, bailaba y no se dejaba calmar completamente ni siquiera con el baño permanente. Sus expresiones eran muy volátiles, pero al mismo tiempo no se les podía negar el humor y la réplica. Una vez la paciente se esforzó por escribir un acróstico en



Fotografía 3

nombre del médico, que al menos intentaba cumplir los requisitos formales:

Will dichten einen Paragraph

(quisiera recitar un párrafo)

Es soll ja sein zur Arreststraf

(sería para un arrestor castigo)

Yust in hiesiger U.I.K fürwahr

*(Yust...el local U.I.K. realmente...)*¹⁸

Geht´s lustig her un manchmal ganz sonderbar;

(es divertido y a veces muy extraño)

Andenken wird mir das sein immerdar;

(un recuerdo será para mí siempre)

Nie wer´ich vergessen die Traurigen Zeiten da

(nunca olvidaré los tristes tiempos allí)

Die ich habe verbracht in der hiesigen Universität Irreclinik. O ja

(que yo pasé en la clínica universitaria local. Oh sí)"

Durante una entrevista clínica, ella se comportó muy desganada, saltaba por la habitación con gestos vivos y movimientos teatrales. Hablaba constantemente, a pesar de la fuga de ideas, contestaba de forma ordenada y significativa; entre otras cosas, describió con bastante acierto su anterior ataque de ira seguido de depresión. Leyó en voz alta poemas, quiso pronunciar un discurso y finalmente se trepó a la pizarra que estaba en lo alto para escribir; empezó con letra minúscula, luego sus rasgos se fueron agrandando: "El domingo 30-X-1898 fui con mis primos, mis hermanas y mis primas al teatro. Presentaban la obra El capitán Alfred Dreyfuss. ¿Será esa capaz la razón de mi excitación...?". Al salir del auditorio, se volvió de nuevo y exclamó con gesto dramático: "No, como se menciona en Guillermo Tell, existe un Dios para castigar".

La paciente llevaba menos de cuatro semanas en la institución cuando este cuadro típico de manía con afecto alegre, excitación psicomotriz y fuga de ideas fue sustituido por otro sustancialmente distinto, que a primera vista parecía completamente diferente. Cuando estaba sola, la paciente se tranquilizaba un poco, pero entre otros pacientes y durante las rondas enseguida se excitaba, se reía y gritaba; esta vez, sin embargo, se trataba de cosas poco rítmicas, respuestas bastante inexactas, afirmaciones frecuentemente recurrentes, que uno no se sorprendería de oír en una paciente con un alto grado de demencia. La mayoría de las veces solo respondía "sí, sí" o "lo sé, lo sé". Empezaba a resolver cuentas de matemáticas, pero era incapaz de resolverlas. En muchos casos, solo entendía las preguntas de forma inadecuada. No dio ninguna informa-

18. N. del T.: Yust, UIK, palabras sin sentido. Traducción aproximada.

ción sobre su orientación. Ocasionalmente se vislumbraba un atisbo de la fuga de ideas, como, por ejemplo, sentada en un rincón de la habitación, le plantearon un ejercicio de matemáticas y respondió: *"Hay que contar con los ángulos, eso es como un Vohwinkerl (nombre)"*. Por la noche, la paciente seguía extremadamente inquieta. No paraba de gritar hasta quedarse ronca y, a menudo, no permanecía ni una hora en la cama. Durante una presentación clínica, mostró un alto grado de agitación y alegría. Riendo se precipitó sobre la pizarra de la sala de conferencias y, en lugar de escribir su nombre, realizó coloridos garabatos y líneas sin sentido, cada vez más grandes y cada vez más salvajes. Mientras que cuando se encontraba como era habitual en un baño de larga duración permanecía razonablemente tranquila; cuando se intentó, a modo de prueba, llevarla al jardín, saltaba por los alrededores con gestos excitados. Ni que hablar de la grácil forma de moverse durante su etapa de manía, como se aprecia en la *Fotografía 3*; su expresión facial es alegre y pueril, con gestos inexpressivos, poco atractivos, poco variados, de modo que a primera vista, se podía pensar en el cuadro de una excitada, grave empobrecida, con catatonía, salvo que faltaba el negativismo y la estereotipia. La *fotografía 4* muestra una instantánea de nuestra paciente de aquellos días: la cara muestra una risa más bien estúpida y risueña, las manos están en un movimiento tan rápido, que pese a la cámara en cercanía con tiempo de exposición de aproximadamente 1/30 segundos, no permiten una imagen nítida en la fotografía. Este cuadro duró tres meses completos. Este estado de manía improductiva con intensa excitación psicomotriz y ánimo persistentemente alegre, en la cual, sin embargo, en lugar de la fuga de ideas con rasgos alegres y alternantes, se apreciaba una extraordinaria monotonía, una falta en la expresión, con notorias exteriorizaciones motoras y expresiones lingüísticas, donde observamos, como base, una alteración del pensamiento, con inhibición en el área de la asociación de ideas, duró tres meses completos.



Fotografía 4

Después de tres meses, la paciente se calmó gradualmente, permanecía quieta en la cama, al principio excitable, ni bien uno se interesaba en ella, o cuando los estímulos perturbadores del entorno la afectaban. Finalmente, la excitación fue substituida por un enlentecimiento y una alteración del área psicomotora, pero todavía aún en relación con un alegre y elevado humor. En esta fase el cuadro correspondía al estupor maníaco: afecto alegre, inhibición psicomotora e inhibición en el pensamiento. Después de otros 8 a 14 días, el efecto también cambió; con un aumento gradual del peso corporal, se desarrolló el típico cuadro de depresión circular, que luego volvió a desvanecerse lentamente y hace la transición a la recuperación.

En este episodio circular, tenemos un ejemplo extremadamente ilustrativo de la transición en etapas de una vivaz manía a una depresión estuporosa. Esta última prevaleció durante cuatro semanas, luego la fuga de ideas, después de tres meses, retrocedió en favor de la inhibición en el campo asociativo, la psicomotricidad cambió a la excitación y continuó una inhibición, un estupor de grado más leve con un estado de ánimo alegre, hasta que al cabo de otros catorce días el afecto también cambió y así, por medio de dos fases intermedias, se alcanzó la depresión circular con inhibición, el último estado en el curso de todo el episodio. Las formas transitorias en los estados mixtos, duraban mucho más que las fases puras del episodio. Fue precisamente la manía improductiva la que se extendió durante el período más largo de la crisis, de modo que, en comparación con su curso, las otras fases solo parecían etapas introductorias y finales. Si nos remontamos a las enfermedades anteriores de la paciente, encontramos, también en esta ocasión, que el episodio se hace más largo y grave con el avance del estado mental; también la pérdida de peso corporal fue más marcada en el último ataque que en ocasiones anteriores.

A partir de estos frecuentes e importantes estados circulares, por estar muy a menudo en primer plano durante todo el episodio, se puede ver que toda la concepción descrita hasta ahora no solo tiene el significado de una discusión teórica, sino que tiene un valor práctico que no debe subestimarse, en la medida en que ganamos inmediatamente la posibilidad de hacer un pronóstico completamente favorable en cada caso de estupor maníaco, depresión agitada o manía improductiva. Al remover los diagnósticos erróneos, sobre todo al excluir la suposición de una enfermedad de pronóstico desfavorable como los procesos de estupor o parálisis progresiva letal¹⁹, estamos en condiciones de prestar un valioso servicio a nuestros pacientes y a sus familiares. Sin embargo, el énfasis principal no debe ponerse en la agrupación y diferenciación de las tres formas de enfermedad *per se*, ya que en un principio solo tiene un valor heurístico, sino más bien en la categorización de estas y otras formas de

19. N de los E: Es claro que aquí Weygandt destaca la importancia del diagnóstico diferencial con las dos condiciones de peor pronóstico que la enfermedad maníaco-depresiva: los cuadros con deterioro, en alusión a la Demencia Precoz, y a la Parálisis General Progresiva.

enfermedad de todos los demás casos con una mezcla diferente de síntomas, característico de la gran clase de la locura circular o maníaco-depresiva.

La estrecha relación de lo que a primera vista parecen cuadros tan diferentes, en realidad casi contradictorios, de depresión estuporosa y manía, no se demuestra por nada más sorprendente, que la evidencia de la posibilidad de una mezcla de ambos síntomas, del mismo modo que la relación interna de una manía o depresión periódica, aparentemente pura, con los casos circulares típicos queda demostrada por el hecho de que, en la inmensa mayoría de los casos, es posible observar una aparición ocasional de uno de los síntomas de la opuesta trinidad de síntomas.

Al mismo tiempo que presentamos esta descripción de los estados mixtos, extremadamente frecuentes y numerosos, se vuelven obsoletas todas aquellas teorías que sostienen que la esencia de la psicosis circular consiste en un proceso físico que se produciría de dos maneras diferentes, como por ejemplo la ingeniosa hipótesis de Meynert²⁰, que explica la trilogía maníaca de los síntomas como dependiente de una parálisis y la depresión de un estado de irritación de la musculatura de las arterias cerebrales.

Todavía tenemos que esperar a que el progreso de las investigaciones experimentales en psicología y psiquiatría, arrojen luz sobre las relaciones mutuas entre estos estados y la relación entre los síntomas individuales. Ya hay muchos comienzos prometedores a este respecto. Por un lado, se han llevado a cabo experimentos con los propios pacientes circulares, como se puede encontrar en el tratado antes mencionado de Gross²¹ sobre las sutiles modificaciones de la capacidad de escribir medidas en la balanza de escritura, que este autor ya había mencionado en una conferencia²² sobre las mediciones del tiempo en pacientes estuporosos; por otro lado, en una conferencia de Aschaffenburg²³ sobre los procesos asociativos en pacientes enfermos, como así también la inducción de estados experimentales en personas sanas, donde se dan algunas condiciones análogas a los complejos sintomáticos de la locura circular. Así sabemos por los estudios de Kraepelin²⁴, Smith²⁵, Fürer²⁶, entre

20. Meynert. *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns*. Viena, 1884, p 260; *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie*. Viena, 1890, p 8.

21. Gross. *Untersuchungen über die Schrift Gesunder und Geisteskranker*. Kraepelin's *Psychologischen Arbeiten*. Leipzig, 1898, II. p 485.

22. Gross. *Über Stupor, Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu, Heidelberg*, 1896, Ref. in *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, LIII.

23. Aschaffenburg. *Experimentos psicológicos en pacientes con enfermedades mentales. Informe sobre el tercer congreso internacional de psicología*, Munich, 1897, p 296.

24. Kraepelin. Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1892. p 41. Kraepelin, (Versión en castellano: *Acerca de la influencia de algunos medicamentos sobre procesos psíquicos simples*, Buenos Aires, Polmos, 2004).

25. Smith. *Die Alkoholfraage*, Tübingen, 1895.

26. Fürer. *Über die psychischen Nachwirkungen des Alkoholrausches*, Bericht über den V Internationalen Kongress zur Bekämpfung des Missbraucht geistiger Getränke, Basilea, 1895.

otros, que bajo la influencia del alcohol se produce un estado de ánimo elevado, excitación psicomotriz, locuacidad y tendencia a que ocurran fenómenos en las asociaciones similares a la fuga de ideas. Estados muy similares son producidos por la fatiga puramente física, que presenta un efecto estimulante psicomotor, en contraste con la parálisis psicomotora causada por el trabajo mental, que ha sido comprobado experimentalmente por Bettmann²⁷. Según los experimentos exhaustivos de Aschaffenburg, el agotamiento causado por una noche completa de trabajo da lugar a un estado de inquietud psicomotriz con un cierto cambio característico en el pensamiento asociativo. Según Weygandt²⁸, en un estado de inanición se produjo un aumento de las asociaciones sonoras con solo cambios insignificantes en la actividad psicomotora, mientras que Hänel²⁹ encontró un aumento de los procesos motores como efecto del trional³⁰, sin que existiera un aumento de las asociaciones tonales. Como se desprende de este breve resumen, la aparición simultánea de excitación psicomotora con asociaciones ideativas y afecto alegre es común a varios estados y quizás pueda ser algo más que una mera analogía con el complejo sintomático de la manía.

Sin embargo, esta aparición en conjunto no es consistente; en efecto, si la observación ocasional tiene un cierto valor, al menos en el sentido de una estimulación, podemos referirnos aquí a la experiencia, no infrecuente, de que hay individuos que, bajo la influencia del alcohol, no se excitan, sino que se vuelven tranquilos y lentos, otros que se vuelven francamente depresivos, mostrando así mezclas de síntomas en contraste con el cuadro común de intoxicación alcohólica, al que no se le puede negar una cierta posibilidad de paralelismo con los estados maníaco-depresivos mixtos.

Estamos lejos de querer hacer cualquier juicio teórico sobre tales observaciones en esta etapa, pero al menos emerge de ellas lo suficiente como para mostrar que la investigación experimental puede encontrar fácilmente numerosos puntos de partida para su trabajo posterior, que, esperamos, también conducirá a una comprensión más clara de las condiciones observadas en el campo de la psiquiatría clínica. Sin embargo, en el estado actual de nuestros conocimientos, debemos limitarnos esencialmente a la descripción clínica.

En los casos de locura circular o locura maníaco-depresiva, frecuentemente surgen mezclas de los síntomas cardinales de cada una de las dos fases típicas, la mayoría de las veces de muy corta duración; en algunas ocasiones el estado mixto puede completar el cuadro completo o al menos un largo período del

27. Bettmann. Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch körperliche und geistige Arbeit, *Kraepelin's Psychologische Arbeiten*, Leipzig 1806, I, p 152.

28. Weygandt. Ueber die psychischen Wirkungen des Hungers, *Münch. mediz. Wochenschrift*, 1898, p 385.

29. Hänel. Die psychischen Wirkungen des Trionals, *Kraepelin's. Psychologische Arbeiten*, Leipzig 1897, II, p 326.

30. Sedativo anestésico con efectos gabaérgicos, sintetizado en 1888.

episodio; frecuentemente los episodios tardíos tienden a ser prolongados; posiblemente el curso sea más lento que en los episodios de manía pura o depresión pura, pero el pronóstico de curación es similar. Estos puntos de vista clínicos se han demostrado en la práctica en los casos de la Clínica de Heidelberg, de los cuales ni siquiera un tercio estaban completamente libres de estados mixtos, mientras que más del 20 % de estos pacientes mostraban uno o más episodios con predominio de carácter mixto. Hasta ahora, la precisión en el diagnóstico, se acompaña de un resultado similar en términos del pronóstico.



LOS ESTADOS MIXTOS EN LA ACTUALIDAD

Marcelo Cetkovich-Bakmas
Gustavo Vázquez
Daniel Sotelo
Bárbara Hofmann
Micaela Dines
Verónica Grasso

*"En psiquiatría, como en otras esferas de la ciencia médica,
la historia de la medicina revela
precursores de muchas teorías modernas".
(Wilhelm Weygandt, 1928)*

Wilhelm Weygandt publica en 1899 su monografía sobre los estados mixtos de la enfermedad maniaco-depresiva; la solidez y la vigencia de su trabajo, fruto del enriquecedor intercambio con su mentor Emil Kraepelin, ha superado con creces el juicio de la historia y sus ideas impregnan la concepción actual de los estados afectivos (Sotelo y col, 2025).

La importancia de estas condiciones en la clínica cotidiana está vinculada a su alta carga de morbilidad. Los estados mixtos son condiciones graves y complejas, y se han asociado a inicio precoz y mayor riesgo de hospitalizaciones, mayor frecuencia de comorbilidades psiquiátricas y médicas, pobre respuesta terapéutica, episodios más frecuentes y severos, pobre respuesta a

tratamiento de mantenimiento con menor tiempo de eutimia y mayor riesgo de conductas suicidas (Yatham y col, 2021)

Descripciones clínicas que podemos asociar a los estados mixtos se encuentran en escritos que comienzan con Hipócrates y continúan a lo largo de la historia, hasta la caracterización de Weygandt y Kraepelin. Sin embargo, durante el siglo XX Jaspers y Schneider llegaron a negar su existencia o relevancia. En las últimas décadas se renueva el reconocimiento de su importancia clínica y su investigación se reactiva. (Sani y Swann, 2020)

Los estados mixtos son episodios afectivos en los cuales se manifiestan en forma simultánea síntomas depresivos y maníacos en una paleta de combinaciones compleja, que obstaculiza su reconocimiento. Weygandt y Kraepelin describen seis estados mixtos: 1) Manía depresiva o ansiosa; 2) depresión, excitada o agitada; 3) manía con pobreza del pensamiento; 4) estupor maníaco; 5) depresión con fuga de ideas; 6) manía inhibida (Sotelo y col, 2025). Desde entonces, el término “estados mixtos” no ha sido utilizado de manera uniforme, y suele confundírsele con los términos “estado mixto”, “manía mixta”, “depresión durante la manía”, “manía, disfórica”, así como “depresión mixta” y “agitada” (Dayer y col, 2000). Elementos como la agitación psicomotriz, la ansiedad, la tensión psíquica, así como los temperamentos premórbidos y la personalidad de base, son factores patoplásticos que contribuirían a comprender su complejidad. Tanto la tercera y la cuarta edición del manual diagnóstico de los trastornos mentales (APA 1994), como la clasificación internacional de trastornos mentales en su 10ª versión (OMS, 2004), generaron criterios o muy restrictivos o demasiado laxos que entorpecieron el estudio de los estados mixtos durante casi dos décadas (Luciano y col, 2020).

En un intento de superar estos límites, en la quinta edición del manual (APA; 2013) la categoría de episodios mixtos introduce el especificador de curso “con rasgos mixtos” en el diagnóstico, tanto de la manía/hipomanía como de la depresión mayor. En la *Tabla I*, mostramos los síntomas contrapolares que el manual admite para el diagnóstico de Manía o Depresión Mixta.

Tabla I. Síntomas Contrapolares del especificador de curso “con síntomas mixtos” para la manía y la depresión. Se requieren por lo menos 3 (Basado en Luciano y col, 2020)

Manía Mixta Síntomas Contrapolares	Depresión Mixta Síntomas Contrapolares
Disforia o estado de ánimo deprimido.	Estado de ánimo elevado.
Pérdida de interés o placer.	Autoestima inflada o grandiosidad.
Retraso psicomotor.	Disminución de la necesidad de dormir.
Fatiga o pérdida de energía.	Aumento de la actividad dirigida a objetivos.
Sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada.	Aumento de la participación en conductas potencialmente arriesgadas.
Pensamientos de muerte.	Presión del habla.
	Fuga de ideas.

Se ha destacado que la lista de síntomas contrapolares del especificador mixto para la depresión incluye síntomas maníacos como la elevación del estado de ánimo o la grandiosidad, muy difíciles de observar en la depresión mayor; al mismo tiempo, se descartan los “síntomas superpuestos”: irritabilidad, agitación psicomotriz y distractibilidad, mucho más frecuentes. Por otro lado, el especificador mixto es aplicable a personas que manifiestan síntomas hipomaníacos contrapolares durante un episodio depresivo mayor unipolar, lo que resulta confuso y contradictorio. De hecho, una persona con tres síntomas hipomaníacos mantiene la identidad de depresión mayor unipolar, pero a adición de un cuarto síntoma hipomaníaco transforma el cuadro en una depresión bipolar (Luciano y col, 2020). A partir de este debate, la Organización Mundial de la Salud decidió no eliminar el episodio mixto de la undécima revisión en su capítulo sobre trastornos mentales (OMS; 2021). En ella un episodio mixto se caracteriza por 1) la presencia de síntomas maníacos o depresivos prominentes que ocurren en forma simultánea o se alternan muy rápidamente y un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otra área importante. La CIE11 especifica que, cuando predomina un episodio depresivo, los síntomas contrapolares deben incluir irritabilidad, pensamientos acelerados o atropellados, aumento de la locuacidad y agitación psicomotriz. El estado de ánimo disfórico, las creencias expresas de inutilidad o desesperanza y la ideación suicida son síntomas depresivos que deben estar presentes cuando predominan los síntomas maníacos. La clínica de los estados mixtos de la CIE 11 parece ser mucho más coherente con las descripciones clásicas y con la evidencia reciente (Luciano, 2020).

En la práctica clínica, los estados mixtos parecen presentarse con dos grupos principales de síntomas en función de la polaridad del estado de ánimo. Uno caracterizado por síntomas depresivos adentrándose en un estado maníaco, al cual solemos denominar Manía Disfórica y un segundo con rasgos maníacos en personas con episodios depresivos, marcando límites imprecisos pero necesarios con la depresión agitada (Berk y col, 2005). Los episodios maníacos mixtos suelen presentarse con marcada labilidad emocional, menos euforia, inestabilidad emocional sostenida, menor involucramiento en actividades desagradables y menor necesidad de dormir. No son raros la ansiedad, los sentimientos de culpa y la ideación suicida. En aquellos casos en los que predomina el ánimo depresivo vemos episodios mixtos con irritabilidad, reactividad emocional, activación cognitiva en el sentido de taquipsiquia y distractibilidad y frecuente hiperactividad psicomotriz. La agitación psicomotriz es un elemento clínico prominente en los estados mixtos, en forma independiente de la polaridad e incluye dos alteraciones básicas: tensión interna y desregulación de la actividad dirigida a objetivos. La tensión interna dolorosa está en la base de la actividad no dirigida a objetivos y suele ser marcada en los episodios depresivos, mientras que el aumento y la desregulación de la actividad dirigida a objetivos suele estar asociada a la irritabilidad y la impaciencia, prominentes en los episodios maníacos. (Swann y col, 2013).

Ghaemi y Barroilhet (Ghaemi y Barroilhet, 2020) explican que gran parte de la confusión con respecto a los estados mixtos se encuentra en la adhesión al concepto de polaridad de los criterios del DSM. Destacan que los estados mixtos no son sólo la mezcla de síntomas depresivos y maníacos, sino que reflejan esta combinación con un ingrediente central, que es la activación psicomotriz; esta representa un aspecto fundamental de los estados mixtos más allá de la polaridad. El otro elemento clínico que destacan es la disforia, en sus vertientes de irritabilidad y hostilidad. Actualizan el análisis factorial del estudio de los estados mixtos de la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (Swann y col, 2013) y confirman el rol de la activación y la disforia avalando los modelos de Kraepelin y Koukoupoulos.

Pachiarotti y colaboradores coinciden en que el DSM5 no se ajusta a la depresión mixta real, ya que varios aspectos de la presentación clínica de la Depresión Mayor con síntomas mixtos que se observan en la práctica clínica no parecen reflejarse en los criterios del Manual. Es infrecuente encontrar euforia y grandiosidad como rasgos mixtos en una depresión mayor, tanto bipolar como unipolar (Pachiarotti y col, 2020). El análisis de los datos del estudio sistemático de optimización del tratamiento del trastorno bipolar (STEP-BD) confirma que las dos terceras partes de los pacientes que cursaban fases depresivas bipolares presentaban síntomas maníacos subumbral como distractibilidad, pensamientos acelerados y agitación psicomotriz, pero no euforia ni grandiosidad. Destacan la depresión bipolar con síntomas mixtos como una entidad en sí misma que debe ser adecuadamente reconocida por su elevada morbilidad. (Goldberg y col, 2009)

Con el objeto de evitar el sobrediagnóstico, la exclusión de los síntomas superpuestos deja muchos pacientes con depresión bipolar mixta sin diagnosticar. Se ha afirmado que los síntomas superpuestos, como la ansiedad y la agitación psicomotriz, la labilidad del estado de ánimo, la irritabilidad y la distractibilidad son los más frecuentes en pacientes con estados mixtos y podrían representar las características centrales de la depresión mixta (Pachiarotti y col, 2020). Esto surge con claridad del Estudio BRIDGE-II que demostró que la exclusión de los síntomas superpuestos reduce en forma drástica la posibilidad de detectar estados mixtos (Perugi y col, 2015). En un reanálisis de sus datos mediante un algoritmo de aprendizaje automatizado, Brancati y colaboradores (Brancati y col, 2019) identifican con claridad que el humor irritable, la labilidad del humor, la agitación psicomotriz, la distractibilidad, la reactividad del humor y la ausencia de falta de apetito y retardo diferencian a las depresiones agitadas de las no agitadas. La importancia de una exploración adecuada, buscando indicadores de mixturación, es puesta en evidencia en el estudio de Suppes y colaboradores (Suppes y col, 2017); en una muestra de 690 pacientes con episodios maníacos o mixtos, los síntomas de Ansiedad, Irritabilidad y Agitación (AIA) tuvieron una alta incidencia en pacientes con elevada sintomato-

logía depresiva, identificando un grupo con respuesta terapéutica más pobre y, por lo tanto, de difícil manejo y peor pronóstico".

Los datos del estudio Bridge-II-Mix (Perugi y col, 2015) señalan una constelación de rasgos, que, durante un episodio de depresión con rasgos mixtos, o agitada, deben hacer pensar en un trastorno bipolar (Pachiarotti, 2020):

- Intentos de suicidio
- Recurrencia
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Resistencia a los antidepresivos o irritabilidad
- Hipomanía inducida por antidepresivos
- Obesidad.

Los estados mixtos pueden presentarse en el contexto de un Trastorno Bipolar establecido, pero también en el contexto de un Trastorno Depresivo Mayor. Esto nos lleva al punto de la ubicación nosográfica de la Depresión Agitada. Algunos pacientes se presentan con un tipo de activación que es producto de la tensión interna y la ansiedad, definidos como "dolor psíquico".

En tiempos recientes, Koukopoulos define los rasgos clínicos de la depresión agitada y la incluye como un trastorno del espectro bipolar. Agitación psíquica, marcadas irritabilidad e inestabilidad afectiva ocupan un rol central (*Tabla II*) (Sani y col, 2014). El origen (?) del dolor psíquico, la ideación suicida, la ansiedad y la agitación se postulan causados por un proceso de excitación (Sampogna y col, 2020). Koukopoulos propone que todas las formas clínicas de depresión agitada se denominen Depresión Mixta. Propone como criterios diagnósticos, en el contexto de un episodio depresivo mayor, dos de los síntomas siguientes: Agitación Motora, Agitación Psíquica o tensión interna intensa y pensamiento acelerado o "agolpado". Describe tres formas clínicas de depresión agitada: Depresión Psicótica Agitada, Depresión Agitada No psicótica y Depresión Ansiosa excitada. (los rasgos o criterios diagnósticos de las dos últimas en la Tabla II (Koukopoulos y Koukopoulos, 1999).

Vázquez y colaboradores, en su revisión de 2018 (Vázquez y col, 2018), refieren que, si bien la Depresión Mayor es asumida como unipolar, subsume una serie de síndromes que van desde cuadros depresivos leves "neuróticos o ansiosos", hasta episodios melancólicos graves e incapacitantes que pueden incluir síntomas psicóticos. Otras sub-agrupaciones posibles incluyen a los estados mixtos. Con el objeto de establecer la prevalencia de estados mixtos, efectúan una revisión sistemática de reportes de personas que consultan por un episodio afectivo mayor y refieren síntomas de la polaridad opuesta, es decir rasgos mixtos. Confirman que los rasgos mixtos son más frecuentes en el Trastorno Bipolar (35.1 %) comparado con la depresión unipolar (23.8 %), pero en ambos casos la frecuencia es considerable, indicando la necesidad de estudios específicos y plantean algunas inquietudes: 1) el DSM no resuelve la atribución diagnóstica de un único episodio con rasgos mixtos; si un episodio se presenta

con la misma cantidad de síntomas maníacos y depresivos, no queda claro el diagnóstico. 2) postulan la necesidad de establecer si hay diferencias clínicas y evolutivas a lo largo del espectro de mixturación según la cantidad de síntomas contrapolares (1, 2 o 3). 3) postulan que la disquisición acerca de los "3 síntomas mágicos", por los superpuestos, podría explicar que la frecuencia de estados mixtos no sea mayor en el DSM5 que en el DSMIV. La independencia de la depresión mayor agitada unipolar es sostenida por los datos de la cohorte de Zúrich (Angst y col, 2009) que muestran que la agitación psicomotriz no necesariamente indica bipolaridad.

Queda claro que la frecuencia y complejidad de los estados mixtos tiene una dimensión mayor que la generalmente aceptada. Al abordar el tema Atanasios Koukoupoulos expresó con claridad que "la pérdida de la agitación" que implicaban los abordajes del manual diagnóstico, era un error que entorpecía el estudio de los trastornos afectivos en su totalidad. En el DSMIII la agitación y el retardo psicomotor se incluyen en el mismo criterio (Koukoupoulos y Sani, 2014). Además, Koukoupoulos insistía en que el abordaje terapéutico de los estados mixtos implica, antes que nada, el control de la agitación. Lo que avala el uso de los antipsicóticos de segunda generación, las benzodiazepinas y los estabilizantes. El uso de antidepresivos requiere una evaluación minuciosa de riesgos y beneficios en cada caso (Koukoupoulos y Koukoupoulos, 1999; Pachiarotti y col, 2013).

La *Tabla II* brinda los criterios diagnósticos de las formas de depresión mixta. En referencia al tratamiento de los estados mixtos, ya hemos señalado que por sus características casi no hay estudios específicos, por lo que la información es escasa.

La guía CANMAT (Yatham y col, 2021) para el tratamiento de los estados mixtos bipolares explica que ningún tratamiento cumple los criterios para ser recomendado como de primera línea; esto implica niveles de evidencia 1 (metaanálisis con intervalos de confianza estrechos o estudios randomizados doble ciego contra placebo o control activo, con por lo menos 30 pacientes con estados mixtos en ambas ramas replicados) o 2 (metaanálisis con intervalos de confianza amplios o por lo menos un estudio doble ciego randomizado contra placebo o control activo de por lo menos 30 pacientes con estados mixtos en ambas ramas).

Las recomendaciones de segunda línea incluyen, para la manía aguda: aripiprazol, cariprazina, divalproato y aripiprazol y ziprasidona u olanzapina de tercera línea junto con olanzapina combinada con litio o valproato o quetiapina. En el caso de la depresión bipolar con rasgos mixtos, sólo cariprazina y lurasidona se encuentran en el segundo nivel de recomendación, y en tercer nivel olanzapina, olanzapina-fluoxetina, y quetiapina, divalproato, ziprasidona y TEC con bajos niveles de evidencia. En algunos casos se utilizan datos analizados a posteriori de estudios clínicos, para inferir la presencia de síntomas

mixtos y, desde allí la eficacia del fármaco estudiado, como lo hace MacIntyre con la cariprazina (MacIntyre, 2019) en manía bipolar con rasgos mixtos y la lurasidona en Depresión Bipolar con rasgos Mixtos (MacIntyre, 2015). El prometedor fármaco lumateperona también mostró eficacia en depresión bipolar mixta con este modelo de estudio (MacIntyre, 2023)

En lo que refiere a la depresión agitada, no hay fármacos aprobados para tal indicación. Sin embargo, se han utilizado con buenos resultados las benzodiazepinas y los antipsicóticos atípicos como asenapina, olanzapina, quetiapina, lurasidona y ziprasidona (Pachiarotti y col, 2020). Estudios recientes en depresión bipolar mixta abren la expectativa con respecto a la cariprazina, la lumateperona y el brexpiprazol. En todo caso, siempre es bueno recordar los consejos de Atanasios Koukopoulos, en la depresión agitada, lo más importante es controlar la agitación.

Tabla II. Criterios diagnósticos propuestos para la Depresión Mixta Con (Depresión Agitada) y sin (depresión Mixta) agitación Psicomotriz (Basado en, Luciano y col, 2020) según los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC) y Koukopoulos (Spitzer y col, 1974; Sani y col, 2014)

Criterios Diagnósticos de Investigación para depresión Agitada	Criterios de Depresión Mixta de Koukopoulos
Depresión mayor con al menos 2 manifestaciones de agitación psicomotriz (no mera ansiedad subjetiva) presente durante varios días.	Depresión Mayor con por lo menos 3 de los siguientes síntomas:
1.Deambulación.	1.Tension, agitación interna.
2. Retorcerse las manos.	2. Pensamientos acelerados o agolpados.
3. Imposibilidad de permanecer sentado quieto.	3. Irritabilidad o sentimientos de ira no provocados.
4. Tirarse o frotarse el pelo, la piel, la ropa u otros objetos.	4. Descripción dramática del sufrimiento o frecuentes crisis de llanto.
5. Estallidos de quejas o gritos	5. Locuacidad.
6. Hablar sin parar o «no poder parar de hablar».	6. Ausencia de signos de retardo.
	7. Estado de ánimo inestable y marcada reactividad emocional.
	8. Insomnio precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington: APA, 1994. Edición española: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., & Rössler, W. (2009). Does psychomotor agitation in major depressive episodes indicate bipolarity? Evidence from the Zurich Study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259, 55-63.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. A.P. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición* (DSM-5). Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington.
- Berk, M., Dodd, S., & Malhi, G. S. (2005). 'Bipolar missed states': the diagnosis and clinical salience of bipolar mixed states. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(4), 215-221.
- Brancati, G. E., Vieta, E., Azorin, J. M., Angst, J., Bowden, C. L., Mosolov, S., ... & BRIDGE-II-Mix Study Group. (2019). The role of overlapping excitatory symptoms in major depression: are they relevant for the diagnosis of mixed state? *Journal of psychiatric research*, 115, 151-157.
- Dayer, A., Aubry, J. M., Roth, L., Ducrey, S., & Bertschy, G. (2000). A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension. *Bipolar Disorders*, 2(4), 316-324.
- Goldberg, J. F., Perlis, R. H., Bowden, C. L., Thase, M. E., Miklowitz, D. J., Marangell, L. B., ... & Sachs, G. S. (2009). Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 166(2), 173-181.
- Koukopoulos, A., & Koukopoulos, A. (1999). Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 547-564.
- Koukopoulos A, Sani G DSM-5 Criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression. *Acta Psych Scand* 2014;129: 4-16.
- Luciano, M., Janiri, D., Fiorillo, A., & Sani, G. (2020). Clinical picture, temperament, and personality of patients with mixed states. *Psychiatric Clinics*, 43(1), 15-26.
- McIntyre, R. S., Masand, P. S., Earley, W., & Patel, M. (2019). Cariprazine for the treatment of bipolar mania with mixed features: a post hoc pooled analysis of 3 trials. *Journal of Affective Disorders*, 257, 600-606.
- McIntyre, R. S., Cucchiaro, J., Pikalov, A., Kroger, H., & Loebel, A. (2015). Lurasidone in the treatment of bipolar depression with mixed (subsyndromal hypomanic) features: post hoc analysis of a randomized placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(4), 10944.
- McIntyre, R. S., Durgam, S., Huo, J., Kozauer, S. G., & Stahl, S. M. (2023). The efficacy of lumateperone in patients with bipolar depression with mixed features. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(3), 46804.
- OMS – Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades 11a. revision*, 2021a. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
- Pacchiarotti, I., Bond, D. J., Baldessarini, R. J., Nolen, W. A., Grunze, H., Licht, R. W., ... & Vieta, E. (2013). The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1249-1262.
- Pacchiarotti, I., Kotzalidis, G. D., Murru, A., Mazzarini, L., Rapinesi, C., Valenti, M., ... & Verdolini, N. (2020). Mixed features in depression: the unmet needs of diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition. *Psychiatric Clinics*, 43(1), 59-68.
- Perugi, G., Angst, J., Azorin, J. M., Bowden, C. L., Mosolov, S., Reis, J., ... & BRIDGE-II-Mix Study Group. (2015). Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(3), 12074.
- Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Luciano, M., & Fiorillo, A. (2020). Diagnosis, clinical features, and therapeutic implications of agitated depression. *Psychiatric Clinics*, 43(1), 47-57.
- Sani, G., & Swann, A. C. (2020). Mixed states: historical impact and evolution of the concept. *Psychiatric Clinics*, 43(1), 1-13.

- Sani, G., Vöhringer, P. A., Napoletano, F., Holtzman, N. S., Dalley, S., Girardi, P., ... & Koukopoulos, A. (2014). Koukopoulos diagnostic criteria for mixed depression: a validation study. *Journal of affective disorders*, 164, 14-18.
- Sotelo D, Grasso V, Dines M, Hofmann B, Vázquez G, Cetkovich-Bakmas M Controversias acerca de los estados mixtos en el trastorno bipolar: desde los aportes de Wilhelm Weygandt a las clasificaciones del DSM 5 *Vertex Rev Arg Psiquiatr.* (2025). 36(167): 56-66. <https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.801>
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of general psychiatry*, 35(6), 773-782.
- Suppes, T., Eberhard, J., Lemming, O., Young, A. H., & McIntyre, R. S. (2017). Anxiety, irritability, and agitation as indicators of bipolar mania with depressive symptoms: a post hoc analysis of two clinical trials. *International journal of bipolar disorders*, 5, 1-11.
- Swann, A. C., Lafer, B., Perugi, G., Frye, M. A., Bauer, M., Bahk, W. M., ... & Suppes, T. (2013). Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 31-42.
- Vázquez, G. H., Lolich, M., Cabrera, C., Jokic, R., Kolar, D., Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2018). Mixed symptoms in major depressive and bipolar disorders: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 225, 756-760.
- Weygandt W. (1928). AUTOTOXAEMIA AS A FACTOR IN THE CAUSATION OF PSYCHOSES. *British medical journal*, 2(3528), 283-287. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.3528.283>
- World Health Organization. (2004). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. In *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems* (pp. 177-177).
- Yatham, L. N., Chakrabarty, T., Bond, D. J., Schaffer, A., Beaulieu, S., Parikh, S. V., ... & Post, R. (2021). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) recommendations for the management of patients with bipolar disorder with mixed presentations. *Bipolar disorders*, 23(8), 767-788.



LÍNEA
NEUROPSIQUIÁTRICA
ROEMMERS

IMPROVAL

DIVALPROATO DE SODIO

**DROGA DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO
DE LOS CUADROS MANÍACOS Y MIXTOS,
Y COMO PROFILAXIS DEL TRASTORNO BIPOLAR.^{1,2}**

EPILEPSIAS GENERALIZADAS TÓNICO - CLÓNICAS; AUSENCIAS.

PREVENCIÓN DE MIGRAÑAS.

MEJOR PERFIL DE TOLERABILIDAD QUE EL LITIO.²

MENORES EFECTOS ADVERSOS QUE LA OLANZAPINA.²



PRESENTACIÓN

PRESENTACIONES

IMPROVAL 250: por 30 comprimidos recubiertos • **IMPROVAL 500:** por 30 y por 60 comprimidos recubiertos.

REFERENCIAS: 1- Goodwin GM, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol.2016 ;30(6): 495-553. 2- Fountoulakis KN, et al.The Internacional College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, Grading of the Evidence, and a Precise ALGORITHM. CINP 2017; Int J Neuropsychopharmacol.



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA



LÍNEA
NEUROPSIQUIÁTRICA
ROEMMERS

IRAZEM IRAZEM

ARIPIPAZOL

Solución
ARIPIPAZOL

EL ANTIPSICÓTICO ATÍPICO
CON MEJOR PERFIL METABÓLICO ¹



IRAZEM está aprobado por la FDA como tratamiento adyuvante
del trastorno depresivo mayor en pacientes adultos. ²

Alternativa terapéutica de primera elección
para el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento. ³

PRESENTACIONES

Irazem 5: Envase conteniendo 30 y 60 comprimidos | **Irazem 10:** Envase conteniendo 30 y 60 comprimidos.
Irazem 15: Envases conteniendo 30 comprimidos | **Irazem 20:** Envase conteniendo 15 comprimidos.
Irazem Solución: Envase conteniendo 150 ml, con dosificador graduado.

REFERENCIAS: 1- Pillinger T, Cipriani A, Howes OD et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020 ;7(1):64-77. 2- https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/P_000001106907.pdf. 3- Corrales A., Cetkovich-Bakmas M., Corral R., García Bonetto G., Herbst L., Lupo C., Morra C., Mosca D., Strejilevich S., Vilapriño JJ., Vilapriño M., Vázquez G. Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2020, Vol. XXXI: 1-40

