

Otro destino hubieran tenido...

Presentación y selección de textos

Juan Carlos Stagnaro

01

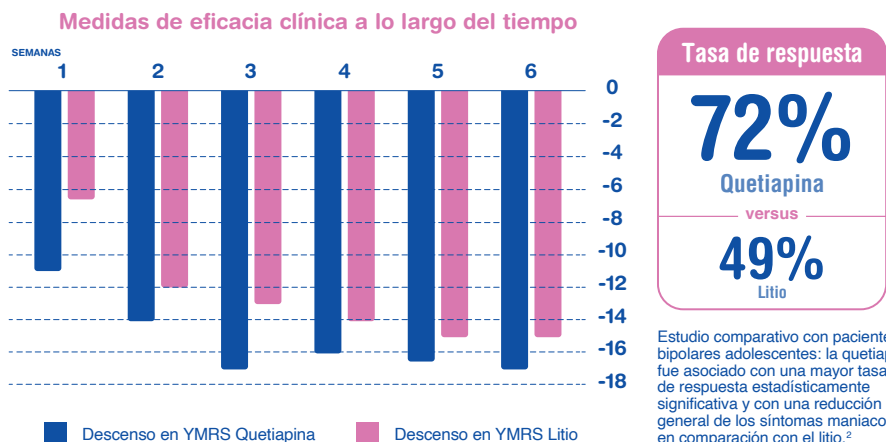


Gador



LA QUETIAPINA GADOR

La quetiapina demostró una **mayor tasa de respuesta** versus el gold estándar de tratamiento²:



Gador líder en antipsicóticos¹

Sedativo | Antidepresivo | Antipsicótico



Referencias: 1. IQVIA Unidades MAT Ago'25. 2. Patino LR, et al. A Randomized, Double-Blind, Controlled Trial of Lithium Versus Quetiapine for the Treatment of Acute Mania in Youth with Early Course Bipolar Disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2021;31(7):485-493.



Para más información
sobre ANELKA®:
www.gador.com

Información exclusiva para profesionales de la salud,
prohibida la reproducción total o parcial de estos contenidos
sin autorización de Gador S.A.





CONTENIDO



04. **Presentación**
Juan Carlos Stagnaro

06. **Emil Kraepelin**
Obsesiones y fobias

14. **Charles Lasègue**
Las histerias periféricas



PRESENTACIÓN



Otro destino hubieran tenido...

En la selección de páginas y fragmentos de Pioneros de la Psiquiatría se presentan casos de enfermos descriptos por algunos de los grandes clínicos de la psiquiatría clásica.

Lentamente, y como producto de la observación minuciosa de las manifestaciones de la locura, se fueron formulando diferentes constructos clínicos que estructuraron el edificio nosográfico que legó la clínica del siglo XIX.

Pero, junto a ese enorme trabajo semiológico se verificó una casi total impotencia terapéutica. Efectivamente entre el optimismo de Pinel, muy esperanzado en los resultados del tratamiento moral, y la pérdida de confianza en el mismo que caracterizó a los alienistas de la generación posterior a Esquirol, la especialidad quedó restringida a observar, describir, cuidar y conservar a los enfermos en el asilo psiquiátrico.

Durante la primera mitad del siglo XX, se ensayaron diversos intentos de tratamientos biológicos (malarioterapia, shocks insulínico y eléctrico, lobotomías) combinados con fármacos (hidrato de cloral, barbitúricos, bromuros, etc.) con resultados, en unos casos dudosos y, en otros, francamente perjudiciales. Sobrevino, entonces, con el descubrimiento de la acción de la clorpromazina, lo que dio en denominarse la **“revolución psicofarmacológica”**. Consecutivamente, en los años 50 del siglo pasado, aparecieron otras moléculas ansiolíticas, antidepresivas y antipsicóticas que fueron completando un conjunto de recursos farmacológicos para el tratamiento de los trastornos mentales.

Hoy en día contamos con una variedad mayor de drogas que han incrementado las expectativas terapéuticas de los pacientes con trastornos afectivos,



Consecutivamente, en los años 50 del siglo pasado, aparecieron otras moléculas ansiolíticas, antidepresivas y antipsicóticas que fueron completando un conjunto de recursos farmacológicos para el tratamiento de los trastornos mentales.

ansiosos y depresivos, y psicóticos, aumentando la adherencia al tratamiento y mejorando la calidad de vida. A ello se sumó el desarrollo de diversos tipos de psicoterapias individuales y grupales. El uso de los psicofármacos permite un tratamiento más eficaz y, por lo tanto, una mayor posibilidad de rehabilitación y de reinserción social para muchos pacientes, dejando atrás el hospital psiquiátrico clásico y permitiendo la continuidad terapéutica y el abordaje en instituciones intermedias y en la comunidad.

Sin caer en anacronismos fáciles, podemos decir que, si aquellos pacientes de otras épocas hubieran contado con los recursos farmacológicos y otras técnicas psico y socio terapéuticas hoy disponibles, **otro destino hubieran tenido.**

El uso de los psicofármacos permite un tratamiento más eficaz y, por lo tanto, una mayor posibilidad de rehabilitación y de reinserción social para muchos pacientes, dejando atrás el hospital psiquiátrico clásico y permitiendo la continuidad terapéutica y el abordaje en instituciones intermedias y en la comunidad.



EMIL KRAEPELIN (1856-1926)



Kraepelin nació el 15 de febrero de 1856 en Neustrelitz (Mecklemburgo) y murió el 7 de octubre de 1926. Realizó estudios de medicina en Leipzig y en Würzburg. Interesado desde el principio por la psiquiatría, en 1876, realizó un curso en el laboratorio de psicología experimental de Wilhelm Wundt (creador de la psicología experimental) en Leipzig. Inició su formación en la especialidad junto a Franz von Rinecker en Würzburg, siendo todavía estudiante, y, una vez graduado, la completó con Bernhard von Gudden, en Munich, y en Leipzig con Flechsig y Erb. En 1883 obtuvo su habilitación en el Departamento de Medicina de la Universidad de Leipzig y, en el otoño del mismo año, regresó a Munich para trabajar en el asilo psiquiátrico con Gudden. Un año después pasó al puesto de ayudante en el asilo de Leubus, Silesia. En 1885 fue nombrado Jefe del Servicio de Enfermedades Mentales del hospital general de Dresden y, en 1886, profesor de psiquiatría de la Universidad de Dorpat (actual Estonia). Impartió docencia en los servicios de psiquiatría de las Universidades de Dorpat (1886) y Heidelberg (1891). Allí contó entre sus colaboradores a Gustav Aschaffenburg y al histopatólogo Aloïs Alzheimer, que lo seguiría más tarde a la Universidad de Munich, adonde fue nombrado profesor de psiquiatría en 1903, cargo en el que permaneció durante diecinueve años.

Durante muchos años Kraepelin realizó centenares de observaciones clínicas de forma muy descriptiva y muy sistemática.

Durante muchos años Kraepelin realizó centenares de observaciones clínicas de forma muy descriptiva y muy sistemática. Examinó los trastornos de la conducta de los pacientes hospitalizados; analizó millares de historias clínicas y, con su dilatada experiencia, trató de clasificar los procesos psíquicos. Estos hallazgos pueden encontrarse en el *Compendium der Psychiatrie* (Compendio de psiquiatría), más tarde titulado *Lehrbuch der Psychiatrie* (Manual de psiquiatría), publicado en Leipzig en 1883, que, en 1927, tras su fallecimiento, alcanzó su novena edición.

Otra obra que tuvo mucha difusión fue su *Einführung in die psychiatrische Klinik* (Introducción a la clínica psiquiátrica) (Leipzig, 1901) **de la que se extrajo la observación clínica (Lección XXVII) que se transcribe a continuación.**

En otros escritos como *Der psychologische Versuch in der Psychiatrie* (1896) expuso sus criterios psicológicos inspirados en las enseñanzas de Wundt, y también ofreció una visión histórica de la psiquiatría ochocentista en un amplio trabajo que se publicó en 1918 en el *Zeitschrift F. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*.

Otra obra que tuvo mucha difusión fue su *Einführung in die psychiatrische Klinik* (Introducción a la clínica psiquiátrica) (Leipzig, 1901) de la que se extrajo la observación clínica (Lección XXVII) que se transcribe a continuación.





HISTORIA PARA EL PRESENTE

OBSESIONES Y FOBIAS

Introducción narrativa a la Lección XXVII

En la Lección XXVII que se reproduce a continuación, Kraepelin presentó el caso de un profesor de 31 años que desde hacía más de una década padecía un cuadro de ansiedad intensa acompañado por múltiples fobias e ideas obsesivas. El paciente relataba un temor permanente a morir súbitamente, inicialmente por un síncope y, con el paso de los años, por innumerables situaciones potencialmente peligrosas. La sintomatología fue extendiéndose progresivamente hasta abarcar el miedo a las aglomeraciones, a los espacios abiertos, a cruzar plazas o puentes, a viajar en tren o en barco y, finalmente, el temor a experimentar la propia angustia.

Uno de los aspectos más llamativos de la descripción clínica es la precisión con la que Kraepelin registra las conductas evitativas y las denominadas conductas de seguridad. El paciente necesitaba mantener abiertas las puertas para poder escapar rápidamente ante cualquier eventualidad, requería la presencia constante de un enfermero y encontraba alivio únicamente llevando consigo una botella de “electricidad azul”, objeto al que atribuía un efecto protector. Estas conductas, descriptas décadas antes de las formulaciones actuales, muestran cómo la ansiedad terminaba organizando toda la vida cotidiana del enfermo.

Kraepelin destaca además un rasgo que hoy continúa siendo central en la psicopatología de los trastornos obsesivos: el paciente conservaba íntegro el juicio de realidad. Reconocía que sus temores eran exagerados e irracionales, pero era incapaz de dominarlos. **“La angustia, más fuerte que la razón”**, afirma Kraepelin, terminaba imponiéndose sobre cualquier explicación lógica o tranquilizadora.

El autor diferencia, cuidadosamente, este cuadro de la histeria. Pero, aunque reconoce algunos elementos comunes, considera que la ausencia de estigmas histéricos, la uniformidad de los síntomas y el predominio de las aprehensiones persistentes justifican incluirlo dentro de un grupo nosológico diferente,



Estas conductas, descritas décadas antes de las formulaciones actuales, muestran cómo la ansiedad terminaba organizando toda la vida cotidiana del enfermo.

Kraepelin destaca además un rasgo que hoy continúa siendo central en la psicopatología de los trastornos obsesivos: el paciente conservaba íntegro el juicio de realidad.

al que denomina **“locura obsesiva”**. Esta diferenciación representa uno de los primeros intentos sistemáticos de separar las neurosis obsesivas de otros cuadros clínicos con los que hasta entonces solían confundirse.

La descripción también permite apreciar la concepción kraepeliniana de la enfermedad mental. El cuadro no aparece como un episodio aislado sino como la expresión de una disposición permanente de la personalidad, iniciada tempranamente y caracterizada por fluctuaciones a lo largo de toda la vida. Desde esta perspectiva, las obsesiones y las fobias constituyen manifestaciones clínicas de un trastorno más profundo de la organización psíquica del individuo.

En cuanto al tratamiento, el fragmento refleja claramente las limitaciones terapéuticas de fines del siglo XIX. Kraepelin menciona el empleo de la hipnosis, con mejorías transitorias rápidamente anuladas por nuevas dudas del propio paciente respecto del procedimiento. También propone la exposición gradual a las situaciones temidas y hace referencia a la recomendación de Moebius de realizar tratamientos prolongados en instituciones especializadas, dejando en claro que el hospital psiquiátrico tradicional ofrecía escasas posibilidades para este tipo de enfermos.

Leída desde la perspectiva actual, esta observación conserva un notable interés histórico y psicopatológico. **Muchas de las manifestaciones descritas —las obsesiones egodistónicas, la ansiedad anticipatoria, las conductas evitativas y de seguridad, el reconocimiento de la irracionalidad de los temores y el importante deterioro funcional— forman hoy parte de los criterios clínicos utilizados para comprender los trastornos obsesivo-compulsivos y diversos trastornos de ansiedad. La minuciosidad de la observación constituye, una vez más, un ejemplo del extraordinario valor de la clínica clásica como fundamento de la psiquiatría contemporánea.**



Desde esta perspectiva, las obsesiones y las fobias constituyen manifestaciones clínicas de un trastorno más profundo de la organización psíquica del individuo. En cuanto al tratamiento, el fragmento refleja claramente las limitaciones terapéuticas de fines del siglo XIX. Kraepelin menciona el empleo de la hipnosis, con mejorías transitorias rápidamente anuladas por nuevas dudas del propio paciente respecto del procedimiento.

Lección N° XXVII: “Obsesiones y fobias” (Fragmento)

Extraído de: Kraepelin E. *“Einführung in die psychiatrische Klinik”* (Introducción a la clínica psiquiátrica), Leipzig, 1901.

“Ocupándonos de la histeria hemos visto que existe todo un grupo de fenómenos psíquicos en los cuales el rasgo característico del cuadro clínico consiste, esencialmente, en un trastorno particular de la personalidad.

No se trata de una enfermedad de evolución determinada sino de una manera de ser permanente del psiquismo del individuo, que se origina desde el nacimiento. Ese estado crea un terreno de lo más propicio para el desarrollo de accesos mórbidos, variables en su frecuencia y aparición. A través de toda una serie de transiciones se pasa así, de la predisposición histérica a esa otra forma de alteración de la personalidad designada por Koch bajo el nombre de “debilitamiento psíquico durable” del cual voy a mostrar un ejemplo.

Se trata de un hombre de 31 años, profesor, que vino a solicitarnos tratamiento hace cuatro semanas. Delgado y espigado, la frente estrecha, presenta una ligera desigualdad pupilar y una pequeña exageración de los reflejos rotulianos. El examen somático no arroja ningún otro dato. Sin embargo, cabe agregar que los latidos cardiacos son muy rápidos, y en el curso del interrogatorio llegaron a 120 por minuto. Esto es demostración de un estado emotivo muy pronunciado. Por otro lado, la idea de presentarse ante ustedes sobreexcitó vivamente al enfermo; se hundía en la cama pensando que esta presentación en la clínica le costaría la vida; pidió sentarse en la sala antes del comienzo de la lección para ver llegar paulatinamente a los asistentes porque tenía miedo de encontrarse de golpe ante un número elevado de personas.

Este hombre, plenamente dueño de sí, puede dar informaciones claras y precisas. Nos dice que una de sus hermanas tiene la misma dolencia. Él está enfermo desde hace once años. De acuerdo con sus aptitudes se lanzó al profesorado y la preparación de los exámenes lo obligó a un intenso trabajo cerebral. Poco a poco, se sintió dominado por la aprehensión de que podía sucumbir de un síncope. Todos los consejos y consultas médicas no lograban tranquilizarlo.



Hace siete años, embargado por el temor a una muerte súbita, abandonó sus estudios y volvió a la casa paterna. Consultó médico tras médico, y solicitó licencias en su trabajo sin cesar. Si mejoraba levemente no era sino para recaer enseguida. Luego comenzó a tener miedo de estar en aglomeraciones humanas, de atravesar una plaza de cierta extensión o una calle ancha. Evitaba viajar en tren porque lo angustiaba la idea de un choque o un descarrilamiento; y también en barco por temor a un naufragio. Si pasaba debajo de un puente o patinaba lo asaltaba una sensación de ansiedad. Finalmente empezó a sentir angustia de la angustia, de tal manera que por el motivo más fútil experimentaba palpitaciones y opresión torácica. Se casó hace tres años y, desde entonces, su cuadro se mantuvo estacionario. Vivía en su casa, tranquilo y dócil, pero "desprovisto de toda energía". Cuando se decidió finalmente a pedir ayuda llegó a la clínica temblando y atormentado por la idea de morir. Se considera a sí mismo como un cobarde. A pesar de estar bien dotado intelectualmente siempre tuvo fobias a todas las enfermedades: tuberculosis, apoplejía, etc. Comprende muy bien que sus aprehensiones son anormales, pero nunca pudo desembarazarse de ellas. En la clínica constatamos muy fácilmente estas angustias. Cada vez que se intentaba una intervención terapéutica como los baños, las envolturas o los medicamentos le surgía la idea que ellos lo iban a debilitar aún más. Hubiera querido que un enfermero estuviera permanentemente a su lado en previsión de la aparición de uno de sus momentos de agitación nerviosa. Si, cuando paseaba por el jardín, la puerta estaba cerrada lo asaltaba la idea de que no podría escapar ante un imprevisto. En el último tiempo no salía de su casa sino rara vez, y cuando lo hacía era necesario que la puerta quedara abierta por si acaso se presentaba un peligro y debía volver a refugiarse rápidamente. Para calmarse reclamaba todo el tiempo una botellita de "electricidad azul" que había traído consigo. A veces, estando sentado, sentía violentas palpitaciones; un día algunas lesiones de tipo acné le causaron tal angustia que no podía ni caminar ni dormir. También sintió que su vista se nublaba y lo atribuyó al comienzo de una enfermedad mental que habría contraído en nuestra clínica.

En este cuadro clínico hay bastantes rasgos de la histeria, especialmente los miedos súbitos a las enfermedades, pero no encontramos ningún estigma histérico. Por otro lado, se destaca en el primer plano una angustia que no apunta solamente al miedo al mal, sino a peligros de todo tipo. Y, por otro lado, falta ese placer por el sufrimiento, tan especial, que constatamos en los histéricos. Debo llamar vuestra atención sobre la uniformidad de las manifestaciones patológicas. Aunque este caso pertenece a la familia de las afecciones histéricas debemos ubicarlo en otro grupo mórbido, bien diferenciado, al cual debemos denominar con el nombre de "locura obsesiva". La existencia de aprehensiones que se imponen al enfermo caracteriza a este estado que tiene una gran frecuencia. Todos los razonamientos son inútiles para contrarrestarlos y ellos



dominan toda la vida del paciente. Nuestro sujeto sabe muy bien que en la clínica no sufre ningún peligro, pero la angustia, más fuerte que la razón, lo gana igual; solo puede contra ella el hecho de que la puerta permanezca abierta para huir ante un peligro eventual y que le será posible cuando lo necesite recurrir a la "electricidad azul". Según las predisposiciones y el ambiente, el ciclo de esas fobias, que consisten aquí en fobias de los espacios abiertos, puentes, ferrocarriles, multitudes, etc., puede variar al infinito. En otros enfermos pudimos observar el miedo a la suciedad, a los venenos, a las agujas, a la ropa, a las tormentas, sin hablar de una cantidad de otras causas. La afección que nos ocupa se origina ante todo en modificaciones del conjunto de la personalidad, lo cual es fácil de ver remontando hasta el origen del cuadro mórbido. Este comienza tempranamente y dura toda la existencia con altos y bajos. En las formas graves, por lo general raras, los fenómenos patológicos pueden estar lo suficientemente pronunciados como para oponerse al libre juego de las funciones cerebrales. Los enfermos están, en ese caso, absorbidos por sus temores y les es imposible pensar y realizar toda actividad. Por medio de la palabra y con medios terapéuticos de orden psíquico hay, con frecuencia, posibilidades de obtener una cierta mejoría con estos pacientes. En el caso de este hombre hemos ensayado la hipnosis con la que hemos obtenido algunos resultados rápidos pero pasajeros. Luego de la primera sesión, efectivamente observamos una mejoría muy sensible, pero una nueva fobia comenzó a surgir en relación al mismo método de tratamiento. El enfermo se persuadió de que la técnica no valía nada y, en poco tiempo, perdió toda la confianza que es la base misma de esa terapéutica. Ahora intentaremos habituarlo a salir libremente durante un tiempo más o menos largo, y trataremos de combatir las otras fobias por medio de procedimientos análogos. Pero no ciframos muchas esperanzas en ese modo de intervención. Moebius recomienda a estos enfermos una internación prolongada en clínicas especiales en las que se los pueda encuadrar mediante un trabajo en regla bajo la supervisión de un médico ya que el asilo psiquiátrico no es de ayuda para estos enfermos."



Nexdia®

escitalopram

Un día mejor



- Efectivo en tratamiento de la depresión mayor y la ansiedad generalizada.^{1,2}
- Primera línea de tratamiento en depresión y ansiedad.^{3,4}

Indicaciones⁵:

- Tratamiento de episodios depresivos mayores.
- Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia.
- Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social).
- Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.
- Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

NUEVAS

Ahora x 30 comprimidos



10 - 20 mg x 30 comprimidos recubiertos



Referencias: **1.** Davidson JR, et al. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depress Anxiety*. 2004;19(4):234-40. **2.** Boulenger JP, et al. A comparative study of the efficacy of long-term treatment with escitalopram and paroxetine in severely depressed patients. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(7):1331-1341. **3.** Kennedy SH, et al. CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60. **4.** Bandelow B, et al. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. 2015;30(4):183-92. **5.** Prospecto de Nexdia®. FUR ANMAT; Marzo 2022.



Para más información
sobre NEXDIA®:
www.gador.com

Información exclusiva para profesionales de la salud,
prohibida la reproducción total o parcial de estos contenidos
sin autorización de Gador S.A.



CHARLES LASÈGUE (1816–1883)



Lasègue nació el 5 de septiembre de 1816 en París y falleció en 1883.

En su juventud trabajó amistad con Claude Bernard y Bénédict Morel. Este último era en esa época médico interno en el Hospicio de La Salpêtrière en el Servicio de Jean Pierre Falret, quien se había hecho muy conocido por haber descrito el cuadro de la *"Folie Circulaire"* (*Locura circular*). Fue así como Lasègue, simultáneamente fascinado por las clases de Armand Trousseau, se decidió a estudiar medicina en 1839 y, posteriormente, dedicarse a la psiquiatría. En 1850 fue médico del Depósito de Alienados de la Prefectura de Policía de París. Al parecer, el Depósito fue el embrión de la futura Enfermería Especial, que consiguió independizarse en 1872 con personal administrativo y médico propios. Lasègue fue su primer médico Jefe. Su adjunto, Henri Legrand du Saulle (1830-1886), lo sucedió a su muerte. En el Depósito de alienados, Lasègue se enfrentó con el alcoholismo, y publicó su famoso trabajo *"Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve"* (*El delirio alcohólico no es un delirio, es un sueño*) (1881).

El Depósito constituyó durante muchos años su campo de investigación psiquiátrica. Su obra, igual que la de Bénédict Morel (1809-1873) o Louis Delasiauve (1804-1893) y otros, fue en líneas generales, continuación y desarrollo del movimiento que se inició en el Romanticismo con Esquirol.

Antes, en 1852, fue Jefe de clínica y uno de los principales discípulos de Trousseau. A partir de 1857, como médico de los hospitales ejerció en Lourcine, La Salpêtrière, Saint-Antoine, Necker y la Pitié. Lasègue diferenció un grupo de alteraciones de estructura delirante designándolo "Delirio de persecución sistematizada" que Falret había denominado "perseguidos razonantes", que pasaron al grupo de delirios crónicos. En 1852 Lasègue aisló de la melancolía un cuadro de "Delirio sistemático de persecución" que evolucionaba progresivamente, a partir de fenómenos interpretativos, hacia una construcción alucinatoria esencialmente auditiva, "transmisión acomodada entre la idea de sí y la de otro" (*Le délire des persécutions*), y describió junto con Falret la "*Folie à deux*" (*Locura de dos*).

También describió la anorexia nerviosa en 1873, a la que denominó "Anorexia histérica", señalando que se trataba de una alteración psicógena que aparecía fundamentalmente en adolescentes y mujeres jóvenes, caracterizada por una pérdida de peso severa, amenorrea, constipación, y otros síntomas actualmente vigentes en las descripciones de este trastorno. Sus descripciones de la histeria como las que transcribimos a continuación contribuyeron a obtener su fama de gran maestro de la psiquiatría.





HISTORIA PARA EL PRESENTE

LAS HISTERIAS PERIFÉRICAS

Introducción narrativa a “Las histerias periféricas”

En este trabajo, Charles Lasègue desarrolla uno de sus aportes más originales al estudio de la histeria mediante la descripción de diversos casos clínicos caracterizados por contracturas, espasmos, alteraciones de la voz, tos persistente, disfagia, vaginismo y otros síntomas funcionales. A través de una minuciosa observación clínica, el autor intenta demostrar que estas manifestaciones no pueden explicarse únicamente por lesiones orgánicas locales, sino que responden a un mecanismo patológico propio de la histeria.

Lasègue presenta pacientes en quienes un episodio inicial aparentemente banal —como una faringitis, un aborto, un esfuerzo físico o un traumatismo menor— actúa como desencadenante de síntomas que persisten mucho más allá de la desaparición del proceso orgánico que les dio origen. En algunos casos describe contracturas musculares prolongadas; en otros, trastornos de la deglución, espasmos laríngeos, accesos de tos o vaginismo, todos ellos con una evolución fluctuante y, muchas veces, con remisiones espontáneas.

Uno de los aspectos más llamativos de sus observaciones es la desproporción entre la intensidad del estímulo inicial y la magnitud o duración del síntoma. Para Lasègue, esta desproporción constituye una característica esencial de la histeria. Mientras que en las enfermedades orgánicas el espasmo desaparece al resolverse la lesión causal, en la histeria el fenómeno adquiere autonomía y continúa aun cuando el factor desencadenante ya no existe.

A través de una minuciosa observación clínica, el autor intenta demostrar que estas manifestaciones no pueden explicarse únicamente por lesiones orgánicas locales, sino que responden a un mecanismo patológico propio de la histeria.



El autor también destaca la tendencia de estos cuadros a cambiar de localización a lo largo del tiempo. Un mismo paciente puede presentar sucesivamente contracturas, convulsiones, trastornos de la deglución o síntomas laríngeos, sin que exista una lesión anatómica capaz de justificar cada uno de ellos. Esta variabilidad clínica refuerza, según Lasègue, la necesidad de interpretar el cuadro como una alteración funcional y no como la consecuencia de enfermedades independientes.

Otro aspecto de interés es su actitud frente al tratamiento. Lasègue señala que numerosos procedimientos médicos o quirúrgicos dirigidos a corregir la supuesta lesión periférica resultaban ineficaces, mientras que muchos síntomas remitían espontáneamente. Esta constatación lo llevó a cuestionar diagnósticos frecuentes de su época —como la coxalgia o determinadas afecciones laríngeas— cuando la evolución clínica no concordaba con la patología orgánica sospechada.

Otro aspecto de interés es su actitud frente al tratamiento. Lasègue señala que numerosos procedimientos médicos o quirúrgicos dirigidos a corregir la supuesta lesión periférica resultaban ineficaces, mientras que muchos síntomas remitían espontáneamente.

En la parte final del texto, Lasègue establece una comparación entre los espasmos histéricos y los observados en enfermedades orgánicas, como la fisura anal, las blefaritis o el espasmo vesical. Si bien reconoce que ambos pueden iniciarse por una irritación periférica, sostiene que el espasmo histérico se diferencia porque persiste y se independiza de la causa inicial, siguiendo un curso propio que no guarda relación con la evolución del proceso orgánico.

Estas observaciones constituyen uno de los primeros intentos sistemáticos de explicar la génesis de los síntomas funcionales desde una perspectiva clínica. Más allá de la terminología propia del siglo XIX, el trabajo de Lasègue anticipa conceptos que hoy continúan siendo relevantes para la comprensión de los trastornos neurológicos funcionales, los trastornos de conversión y otros cuadros en los que la intensidad del síntoma no puede comprenderse exclusivamente a partir de una lesión anatómica demostrable. Su cuidadosa descripción clínica y su insistencia en valorar la evolución del paciente antes que la sola presencia de un hallazgo físico explican por qué su obra sigue ocupando un lugar destacado en la historia de la psicopatología.



Más allá de la terminología propia del siglo XIX, el trabajo de Lasègue anticipa conceptos que hoy continúan siendo relevantes para la comprensión de los trastornos neurológicos funcionales, los trastornos de conversión y otros cuadros en los que la intensidad del síntoma no puede comprenderse exclusivamente a partir de una lesión anatómica demostrable.

“Las histerias periféricas” (Fragmento)

Extraído de: Lasègue, Ch. *“Études médicales: Les hystéries périphériques”* (Estudios médicos. Las histerias periféricas), París, 1878.

“La señorita X..., 20 años. Salud normal, ligero exceso de peso. Hace dos años, primera angina con sensación de sequedad en la garganta, dificultad para deglutir líquidos irritantes, sin trastornos laríngeos, sin ronquera y sin fatiga (aun después de lecturas prolongadas en alta voz). Al año siguiente, malestares generales, tristezas intermitentes, llantos inmotivados, desmayos repetidos en varias ocasiones, pese a la conservación de la salud en general. En el mes de octubre de 1877, la joven siente un dolor de garganta que atribuye a un enfriamiento, y que provoca casi inmediatamente una ronquera matinal exagerada, que tiende a disiparse durante el resto del día. No hay fiebre, pero sí un dormir ansioso, con sueños, habla en voz alta durante la noche. Sobreviene intermitentemente una súbita constricción de la garganta, que dura algunos segundos, y concluye con un semidesvanecimiento. Alrededor del octavo día el dolor ha desaparecido, la voz vuelve a ser clara. La retrofaringe ha recobrado su coloración normal, pero aparece una tos seca, rítmica, que subsiste todavía después de seis meses. Cada acceso se compone de cuatro golpes de tonalidad e intensidad iguales, separados por intervalos idénticos, y se termina con una sensación fugaz de desfallecimiento.

La señora L..., tiene actualmente 35 años y es, seguramente, uno de los tipos más acabados de diátesis histérica. Se casó a los 19 años. Después de seis meses de matrimonio, un embarazo de fecha imprecisa, pero que se supone data de tres meses, termina en un aborto. A consecuencia de esto, se declara una inflamación útero-vaginal de mediana intensidad, con secreción mucopurulenta del útero, y enrojecimiento de la mucosa vaginal; algunos días de tratamiento disipan el dolor, muy tolerable, por cierto. Todo parecía haber vuelto a la normalidad, pero quedaba una constricción vaginal que hacía imposible la relación conyugal, aunque las tentativas no fuesen dolorosas. La joven señora se prestaba a ellas tanto más cuanto que su más ardiente deseo era tener un hijo. Los tratamientos locales y los diversos procedimientos de dilatación resultaron infructuosos. El espasmo persistió, sin variantes, durante un año aproximadamente, y luego desapareció por completo.



La señorita M..., de raza blanca, nacida en ultramar, 12 años de edad, cuya menstruación aparece a la edad de 9 años, pequeña, morena, bien formada, presenta todos los atributos de una pubertad completa. Su menstruación es bastante irregular desde su llegada a Francia, donde reside con su padre viudo y una hermana mayor, encargada de su educación.

La primera manifestación histérica se produjo en las siguientes circunstancias: al descender la escalera de su casa, habría dado un paso en falso, experimentando algo así como un tirón en la cadera. No creyó necesario hacer reposo, y realizó una caminata bastante larga sin quejarse.

A la noche acusó un dolor más intenso, y al cabo de dos o tres días se sintió incapaz de mover el muslo izquierdo. Pensó que una breve permanencia en cama bastaría para la curación. Muy por el contrario, y aunque el dolor había disminuido notablemente, el muslo permaneció en estado de contractura con flexión sobre el tronco, flexión de la rodilla, e imposibilidad de extender el miembro día y noche. Llamado un cirujano eminente, pensó en la existencia de una coxalgia, y, en efecto, que el examen local parecía justificar este diagnóstico. Se ordenó la inmovilización del miembro. La niña fue transportada en ambulancia al borde del mar, y curó súbitamente después de tres meses de enfermedad, no habiendo hecho, en realidad, ningún tratamiento activo. Cerca de un año (las fechas exactas carecen de importancia, en este caso) transcurrió sin accidentes. Sin causa apreciable -al menos, sin confidencia hecha por la enferma, muy desarrollada intelectualmente- sobrevino un ataque convulsivo muy importante. Luego del cual se presentaron periódicamente convulsiones clónicas en los dos brazos, que producían contorsiones tan extrañas que habrían provocado la envidia de actores de circo.

Luego de otra pausa de alrededor de seis meses, curación aparente. Después de ese lapso, reaparece el dolor en la articulación coxofemoral izquierda. Se vuelve a producir la contractura, idéntica a la primera, pero como estábamos advertidos, mi opinión terminante fue abstenerse de toda medicación tópica. La contractura se prolongó durante cuatro meses, se decidió un segundo periodo a orillas del mar, y la niña curó espontáneamente al cabo de dos meses. Actualmente tiene 20 años, sigue siendo pequeña de estatura, y no tiene otros accidentes nerviosos salvo algunas neuralgias.

Sin embargo, en el intervalo que medió entre los ataques convulsivos de ambos brazos y la contractura, bien delimitada, se produjo otra localización, quizá todavía más explícita.

A consecuencia de una vulgar indigestión, la niña había sido acometida por una sensación precordial más penosa que dolorosa, y que le parecía acentuarse al tomar alimentos. Poco resistente a la sensación del dolor -aunque capaz, al igual que otras histéricas, de soportar con paciencia el dolor real-, se había abstenido de toda ingestión de bebidas o alimentos durante veinticuatro



horas. Cuando consintió, a instancias de su hermana, en beber una taza de té, fue incapaz de deglutirla, y la arrojó totalmente. Esta constricción esofágica o faríngea persistió durante semanas, sin ocasionar consecuencias graves, pero la familia se alarmó e intervino, con procedimientos tan justificados como ineficaces, hasta que, luego de dos meses, la deglución se hizo posible nuevamente. En esta ocasión la recuperación se dio gradualmente. Periódicamente el espasmo reaparecía. Durante esta crisis, el dolor se mantuvo en niveles variables.

En resumen, el espasmo histérico -cualquiera que sea el aparato muscular afectado- comienza por una irritación más o menos dolorosa. Sucede con la histeria lo que, en casi todas las afecciones espasmódicas, con la diferencia que el espasmo intermitente o continuado se prolonga, que no necesita ser mantenido por dolores renovados, y que persiste cuando todo signo de la irritación prodrómica ha desaparecido.

Un enfermo que padece una fisura anal experimenta después de la defecación una contracción anal con sensación de tenesmo. Al cabo de algunas horas, el dolor se desvanece, y con él la contracción, para repetirse a consecuencia de una nueva deposición o de un nuevo dolor. La contracción palpebral, en ciertas blefaritis, guarda proporción igualmente, con la intensidad o la duración de la flegmasía de la conjuntivitis palpebral. El espasmo del cuello de la vejiga obedece a las mismas leyes.

El espasmo histérico no procede de otro modo, pero después de haber tocado fondo, por así decir, abandona la vía de los procesos patológicos habituales para seguir el itinerario que he indicado. En condiciones menos comunes y menos significativas, la contractura no asombra por su duración sino por su intensidad, comparada con la insignificancia de la excitación primitiva. Se ve así un espasmo desproporcionado, y más o menos pasajero, sobrevenir a causa de un malestar local que, en cualquier otro caso, apenas si hubiera ocasionado un poco de rigidez muscular. Ya se trate de la intensidad o de la persistencia del estado espasmódico, en el fondo la desproporción es la misma.





midax[®]

OLANZAPINA

2,5 • 5 • 10 mg

Eficacia clínica multidimensional

EN ESQUIZOFRENIA BENEFICIOS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO ⁽¹⁾

- Eficacia clínica en síntomas generales ⁽¹⁾
- Rapidez de respuesta ⁽¹⁾

EN TRASTORNO BIPOLAR ⁽²⁾

- Primera línea de tratamiento en episodios agudos y prevención de recaídas ⁽²⁾
- Alta adherencia al tratamiento en monoterapia o terapia combinada ⁽²⁾



Presentaciones:

Midax[®] 2,5
Envase con 28
comprimidos
conteniendo 2,5 mg
de olanzapina.

Midax[®] 5
Envases con 28
comprimidos
conteniendo 5 mg
de olanzapina.

Midax[®] 10
Envases con 28
comprimidos
conteniendo 10 mg
de olanzapina.



Referencias: 1. Gargoloff P, et al. Resultados clínicos de 3 años del estudio Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) en Argentina. Arch Neurocién (Mex) 2009; 14(3):190-198. 2. Kutzeinigg A et al. Compliance as a stable function in the treatment course of bipolar disorder in patients stabilized on olanzapine: results from a 24-month observational study. International Journal of Bipolar Disorders 2014, 2(13): 1-14.



Para más información
sobre MIDAX[®]:
www.gador.com

Información exclusiva para profesionales de la salud,
prohibida la reproducción total o parcial de estos contenidos
sin autorización de Gador S.A.

