

Otro destino hubieran tenido...

Presentación y selección de textos

Juan Carlos Stagnaro

02

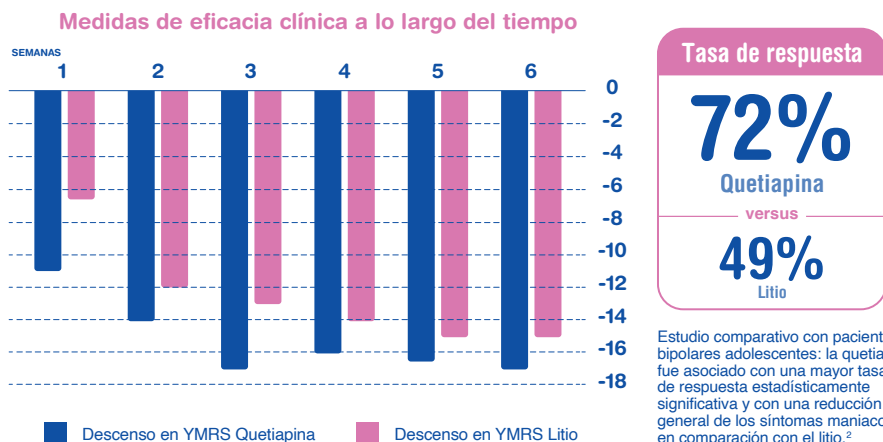


Gador



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.



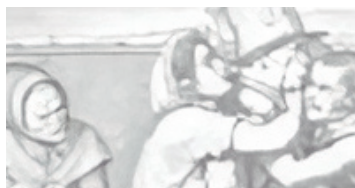
Para más información
sobre ANELKA®:
www.gador.com

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. [Jules Gabriel François Baillarger](#)
La locura a doble forma

15. [Jean-Pierre Falret](#)
La locura circular



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.

[Volver al índice](#)



JULES GABRIEL FRANÇOIS BAILLARGER (1809-1890)



Nacido en Montbazon (Indre-et-Loire, Francia) en el seno de una familia de viñateros, Baillarger realizó sus estudios de Medicina en París. Fue discípulo de Esquirol en el hospital de Charenton y, en 1840, luego de ser nombrado Alienista de los Hospitales del Sena, asumió la jefatura de un Servicio en el hospital de La Salpêtrière. También fue Director, por decisión de Esquirol, del manicomio de Ivry.

Tres años más tarde, en enero de 1843, fundó junto a Cerise y Longuet la prestigiosa revista *Annales médico-psychologiques* que se edita hasta la actualidad y constituyó a lo largo del tiempo uno de los más importantes reservorios de material científico publicado por la escuela francesa de psiquiatría. El propósito declarado de esa publicación fue “reunir todos los documentos científicos relativos a las relaciones entre lo físico y lo moral, la patología mental, la medicina legal de los alienados y la clínica de las neurosis”.

Desde esa época Baillarger pensó en constituir en Francia, siguiendo el modelo existente a la sazón en Inglaterra, una Sociedad que reuniera a los especialistas en las enfermedades mentales. Pero fue recién casi una década más tarde, en 1852, que pudo concretarse ese proyecto con la creación de la *Société Médico-Psychologique* que ha funcionado hasta nuestros días.

Como todos los especialistas de la época, en la que se fue perfilando el rol del psiquiatra, Baillarger, practicando en el espacio conceptual de las afecciones mentales, incursionó tanto en la exploración clínica de la locura como, escalpelo en mano, en la autopsia cerebral. Describió así en la corteza cerebral las estrías que llevan su nombre y su vasta obra como alienista se publicó en las páginas de los *Annales* ya mencionados y del *Bulletin de l'Académie de Médecine*, en la que fue designado miembro titular en 1847.

Entre sus escritos se destacan los trabajos sobre las alucinaciones, la parálisis general, el cretinismo, la monomanía, la responsabilidad médico legal de los alienados y sus célebres observaciones sobre una forma clínica que describió el 31 de enero de 1854, ante la Academia de Medicina de Francia. Se trataba de una enfermedad mental de dos fases con oscilaciones entre la manía y la depresión. Dos semanas después, el 14 de febrero, Jean-Pierre Falret presentó una descripción a la Academia de lo que era esencialmente el mismo trastorno. Esta enfermedad fue designada como *Folie circulaire* (Locura circular) por Falret (*vide infra*), y como *Folie à double forme* (Locura a doble forma) por Baillarger, lo que generó entre ambos, que no se prodigaban una simpatía mutua, una resonante y agria polémica por la prioridad en la descripción de la enfermedad. En 1875, Baillarger declinó, debido a su avanzada edad, la dirección de la cátedra de Enfermedades Mentales y del Encéfalo, dejando el lugar a Benjamin Ball. Jules Baillarger falleció en París el 31 de diciembre de 1890 a la edad de ochenta y un años.





HISTORIA PARA EL PRESENTE

LA LOCURA A DOBLE FORMA

Introducción narrativa a Jules Baillarger y la locura a doble forma: *la observación clínica de un trastorno con dos fases*

En el fragmento que se reproduce a continuación, Jules Baillarger presenta una de las primeras descripciones sistemáticas de la que denominó **locura a doble forma**, una entidad clínica caracterizada por la alternancia regular de dos estados opuestos: un período de profunda depresión y otro de intensa excitación. A través del seguimiento detallado de varios pacientes, el autor demuestra que ambos estados forman parte de un mismo proceso morboso y no constituyen enfermedades independientes.

Los casos clínicos muestran una notable regularidad en la evolución de la enfermedad. El episodio suele comenzar con una fase de **depresión**, durante la cual los pacientes experimentan una tristeza intensa, pérdida progresiva de la iniciativa y una marcada lentitud física y psíquica. El pensamiento se vuelve difícil, el habla escasa, los movimientos disminuyen y aparece un profundo desinterés por el entorno. En algunos enfermos predominan el mutismo, la inmovilidad y un estado de estupor que les impide realizar incluso las actividades más simples. A estos síntomas se suman alteraciones físicas como insomnio, pérdida del apetito, constipación, adelgazamiento y una expresión facial que refleja el abatimiento general del organismo. En los cuadros más graves también pueden aparecer ideas suicidas o un sentimiento de inutilidad y desesperanza.

Locura a doble forma, una entidad clínica caracterizada por la alternancia regular de dos estados opuestos: un período de profunda depresión y otro de intensa excitación. A través del seguimiento detallado de varios pacientes, el autor demuestra que ambos estados forman parte de un mismo proceso morboso y no constituyen enfermedades independientes.



Baillarger observa que, tras un período de duración variable, este estado cambia de manera brusca o progresiva hacia una fase completamente opuesta. La **excitación maníaca** transforma por completo la conducta del paciente. La expresión del rostro se vuelve vivaz, el pensamiento adquiere gran rapidez y la palabra fluye sin interrupciones. Los movimientos son incesantes, disminuye la necesidad de dormir y reaparece un intenso apetito. Los pacientes muestran una gran actividad intelectual, realizan múltiples proyectos, se expresan con ingenio y agudeza, aunque también pueden presentar desorganización del pensamiento, impulsividad, conductas socialmente inapropiadas, irritabilidad o episodios de violencia. En algunos casos, el autor describe un aumento del impulso sexual y otras manifestaciones de marcada desinhibición.

Baillarger observa que, tras un período de duración variable, este estado cambia de manera brusca o progresiva hacia una fase completamente opuesta. La **excitación maníaca** transforma por completo la conducta del paciente. La expresión del rostro se vuelve vivaz, el pensamiento adquiere gran rapidez y la palabra fluye sin interrupciones.

Uno de los aspectos que más llamó la atención de Baillarger fue la **regularidad temporal** de estos episodios. Algunos pacientes alternaban ambas fases cada pocas semanas, mientras que otros permanecían varios meses en depresión antes de pasar a la excitación, o viceversa. También comprobó que la intensidad y la duración de los episodios podían modificarse con el paso de los años, aunque el patrón general de alternancia tendía a mantenerse.

A partir de estas observaciones, Baillarger formula cinco conclusiones que sintetizan su propuesta. En primer lugar, sostiene que existe un tipo particular de enfermedad mental diferente de la melancolía y de la manía aisladas, definido precisamente por la sucesión de ambos estados. En segundo lugar, señala que este cuadro puede presentarse como un episodio único, repetirse de manera intermitente o evolucionar con ataques prácticamente continuos. Además, destaca la amplia variabilidad en la duración de los episodios, que puede ir desde apenas unos días hasta un año completo. También diferencia dos formas de transición entre las fases: cuando los ataques son breves,

Uno de los aspectos que más llamó la atención de Baillarger fue la **regularidad temporal** de estos episodios. Algunos pacientes alternaban ambas fases cada pocas semanas, mientras que otros permanecían varios meses en depresión antes de pasar a la excitación, o viceversa.



el cambio suele producirse de manera repentina, frecuentemente durante el sueño; cuando son prolongados, la transformación ocurre de forma lenta y gradual. Finalmente, advierte que, en estos últimos casos, la aparente convalecencia que sigue al primer período no siempre representa una recuperación verdadera, sino que muchas veces antecede al inicio del segundo estado.

Baillarger formula cinco conclusiones que sintetizan su propuesta.

En primer lugar, sostiene que existe un tipo particular de enfermedad mental diferente de la melancolía y de la manía aisladas, definido precisamente por la sucesión de ambos estados.

El trabajo de Baillarger constituye uno de los hitos de la psiquiatría del siglo XIX por haber reconocido, a partir de una minuciosa observación clínica, que la alternancia entre depresión y excitación respondía a un mismo proceso patológico.

Junto con las investigaciones de Jean-Pierre Falret, sus aportes sentaron las bases para la posterior comprensión de los trastornos afectivos de evolución cíclica y representan un antecedente esencial en la historia de los actuales trastornos bipolares.

La aparente convalecencia que sigue al primer período no siempre representa una recuperación verdadera, sino que muchas veces antecede al inicio del segundo estado.

El trabajo de Baillarger constituye uno de los hitos de la psiquiatría del siglo XIX por haber reconocido, a partir de una minuciosa observación clínica, que la alternancia entre depresión y excitación respondía a un mismo proceso patológico.

Locura a doble forma (*Fragmento*)

Extraído de: Baillarger, J. "Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation". *Bulletin de l'Académie Impériale de Médecine*, Volumen 19, pp. 340-352, 1854.

[...] La Srta. X., hoy tiene 28 años, tuvo varios ataques de manía desde los 16 a los 18 años.

Después de permanecer con buena salud durante tres años, experimentó una recaída, y desde entonces su enfermedad no ha cesado. Esta condición retorna en ataques, de una duración de aproximadamente un mes. Durante los primeros 15 días, uno observa todos los síntomas de una melancolía profunda;



después repentinamente irrumpe la manía y dura el mismo tiempo. Cuando comienza el período de depresión, la Srta. X. se siente víctima de una tristeza que no puede superar. De a poco, un cierto entumecimiento (o insensibilidad) invade todo su ser.

Su fisonomía toma una expresión de sufrimiento, su voz es débil, sus movimientos de extrema lentitud; pronto los síntomas empeoran, la paciente queda inmóvil y muda en su silla; todo esfuerzo se hace imposible, el más mínimo estímulo es doloroso, la luz del día la fatiga. La Srta. sabe muy bien lo que está ocurriendo a su alrededor; comprende las preguntas que se le hacen, pero responde lentamente, con monosílabos, y en una voz tan baja que sus palabras pueden ser oídas, pero de forma incompleta. Junto con todos los síntomas mencionados arriba, hay insomnio, pérdida del apetito, constipación constante; el pulso es débil y lento.

Después de tres o cuatro días, la fisonomía ya está profundamente afectada; los ojos están sombríos, hundidos y sin expresión, la complexión es pálida y amarilla.

Después de quince días, repentinamente este estado cesa durante la noche, y el letargo general es reemplazado por una exaltación de la mayor vivacidad.

Al día siguiente se ve a la paciente con sus rasgos animados, su mirada brillante, su habla viva, sus movimientos repentinos y rápidos; es incapaz de permanecer un momento en el mismo lugar, corre hacia delante y hacia atrás como si estuviera empujada por una fuerza irresistible. Habiendo estado confundida, su inteligencia adquiere vivacidad. La Srta. X. percibía con sagacidad notable todo lo que, en las personas que están a su alrededor, podría prestarse al ridículo. Su elocuencia era inagotable y se expresaba a través de epigramas continuos. En este nuevo estado el insomnio continuó, pero el apetito fue restaurado. Después de quince días, retorna la calma casi repentinamente.

La Srta. X., que recordaba todo lo que había dicho durante el segundo período de su ataque, parecía un poco triste y confundida, pero pronto retomó sus hábitos ordinarios.

Desafortunadamente el intervalo sería de corta duración; raramente ha durado más de dos o tres meses; usualmente, estalla un nuevo ataque después de quince o veinte días.

La paciente, que durante el período de depresión había tomado sólo una cantidad insuficiente de alimentos, perdió peso muy rápidamente. En una ocasión, la pérdida fue de 12 libras en quince días. En el período de reacción y durante el intervalo, el apetito fue muy grande, y también ocurrió un aumento de peso con una gran velocidad.

La paciente M., que había tenido un ataque muy breve de melancolía a los 28 años, había permanecido en buena salud hasta los 36 años.



Entonces se volvió loca sin una causa establecida.

Así describe Esquirol los ataques:

“Al comienzo, dice, tristeza, languidez de estómago, desaliento moral, incapacidad de realizar el más ligero ejercicio, la más mínima ocupación. Después de seis semanas, repentina excitación general; insomnio; agitación; movimientos desordenados; deseo excesivo de beber vino, ideas confusas, perversión de los afectos, etc. Después de dos meses, los síntomas desaparecen, y la paciente se recupera, con su razón, calma y sobriedad.

“Cada año, los ataques recurren con los mismos síntomas”.

La locura de forma dual está bien descripta aquí: los períodos se suceden regularmente unos a otros, y cada intervalo es de alrededor de ocho meses.

“El Sr. M. ha estado sometido durante veinte años a alteraciones de excitación y depresión. Cuando cae en lo que llama su rencor, se vuelve indiferente a todo.

Sus ojos son insensibles, su andar lento y pesado. Aunque es muy trabajador, ya no puede trabajar, e incluso no siente ningún gusto por el trabajo. Este estado dura varios meses.

Después, el Sr. M. recupera gradualmente su ánimo, y atraviesa un breve intervalo de lo que se podría llamar razón perfecta; pronto, sin embargo, la actividad aumenta hasta tal punto que es imposible no reconocer una excitación verdaderamente febril. El paciente deja casi de dormir, lee y compone, pero con gran desorden. Aunque es muy viejo, por momentos es afectado por ataques de priapismo, y llega a correr alrededor de su jardín, víctima de una furia lasciva.

Este período también dura tres meses, y el Sr. M. cae gradualmente de nuevo en su rencor”.

He visto ataques que continuaron durante un año. Estos casos son probablemente los más numerosos.

Los pacientes pasan casi seis meses en un período melancólico y casi seis meses en un período maníaco.

La Srta. L., de veinte años, tenía a su madre y a su abuela insanas; ella se volvió melancólica hace cuatro años. Al comienzo, tristeza, aburrimiento del mundo, holgazanería, ideas de suicidio. Esos síntomas, que comenzaron a observarse en el mes de mayo, gradualmente empeoraron, y la paciente pronto se volvió inerte. Pasaba sus días en su silla, en inmovilidad y mutismo. Sus ojos estaban bien abiertos y su fisonomía expresaba estupor. Su complexión era pálida, las extremidades frías, casi ausencia de apetito; la orina fluía involuntariamente. Este estado sólo comenzó a mejorar en el mes de octubre. El progreso fue muy lento; sólo después de seis semanas la joven L. parecía entrar en convalecencia. Habían pasado apenas quince días cuando surgieron los síntomas de la excitación. Pronto la paciente estuvo completamente agitada. Su habla se hizo obscena, blasfemaba constantemente, y algunas veces cometía actos de



violencia, etc. Esta nueva fase de su enfermedad duró, aproximadamente, lo mismo que la primera.

Desde entonces, ocurrieron tres ataques similares. La única diferencia, para estos últimos ataques, es que los períodos, aunque seguían siendo de la misma duración, se caracterizaron por síntomas de menor intensidad [...].

Conclusión

1. Fuera de la monomanía, la melancolía y la manía, existe un tipo especial de locura caracterizada por dos períodos regulares, uno de depresión y otro de excitación.
2. Este tipo de locura ocurre: 1. en la forma de ataques aislados; 2. recurre en una forma intermitente; 3. los ataques pueden seguir uno a otro sin interrupción.
3. La duración de los ataques varía de dos días a un año.
4. Cuando los ataques son breves, la transición del primero al segundo período ocurre de una manera repentina y ordinariamente durante el sueño. Por el contrario, cuando los ataques son prolongados, ocurren muy lentamente y por grados.
5. En el último caso, los pacientes parecen entrar en convalecencia al fin del primer período; pero si el retorno a la salud no es completo después de quince días, seis semanas como máximo, estalla el segundo período.



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

 **PAMI**
INSSJP

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.

 **Gador**

JEAN-PIERRE FALRET (1794-1870)



Falret nació en Marcilhac-sur-Célé el 26 de mayo de 1794, poco después de la Revolución Francesa. Estudió medicina en Montpellier y luego se instaló en París en donde conoció a Philippe Pinel, fundador de la especialidad y al discípulo de este, Jean Etienne Esquirol, quien le propuso trabajo en su clínica de la calle Bufón. En 1831 fue nombrado médico de la sección de idiotas en el hospital de La Salpêtrière y, en 1841, pasó a la sección de adultos alienados de la misma institución. Miembro de la Academia de Medicina desde 1835, participó de la redacción de la ley de 1838 sobre los alienados junto con Ferrus y Esquirol. Esa ley será el ejemplo sobre el que se inspiraron muchas otras legislaciones sobre el tema a nivel mundial. En 1854 describe la enfermedad que denominó *Folie circulaire* (Locura circular). Bajo el título *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* (Las enfermedades mentales y los asilos de alienados) publicó la síntesis de sus investigaciones y sus trabajos clínicos en 1864. Cinco años más tarde se retira de La Salpêtrière y comparte su tiempo entre su residencia y la clínica de Vanves que había fundado años antes con Jules Voisin. Falret falleció el 28 de octubre de 1870 en su ciudad natal.



HISTORIA PARA EL PRESENTE

LA LOCURA CIRCULAR

Introducción Narrativa Jean-Pierre Falret y la locura circular: *una concepción pionera de la evolución cíclica de los trastornos afectivos*

En este fragmento, Jean-Pierre Falret desarrolla una de las descripciones clínicas más influyentes de la psiquiatría del siglo XIX al definir la **locura circular** como una enfermedad caracterizada por la sucesión repetitiva de tres períodos: una fase de excitación o manía, una fase de depresión o melancolía y un intervalo de aparente recuperación. Para Falret, estas tres etapas constituyen un único ciclo o “círculo”, que tiende a reproducirse con características similares a lo largo del tiempo en un mismo paciente. Su principal aporte consiste en considerar que estos estados no representan enfermedades independientes, sino manifestaciones sucesivas de un mismo proceso patológico.

Locura circular como una enfermedad caracterizada por la sucesión repetitiva de tres períodos: una fase de excitación o manía, una fase de depresión o melancolía y un intervalo de aparente recuperación.

La descripción comienza con el **estado maniaco**, que suele iniciarse de manera gradual. En sus primeras manifestaciones, la excitación puede confundirse con un aumento saludable de la energía y de la productividad. El paciente experimenta una intensa sensación de bienestar, una marcada actividad intelectual y una percepción optimista de la realidad. Sin embargo, a medida que el episodio progresa, aparecen alteraciones del juicio y de la conducta. El pensamiento se acelera, las ideas se multiplican, las emociones se intensifican y pueden producirse cambios afectivos llamativos, como demostraciones exageradas de afecto hacia personas antes indiferentes o sentimientos hostiles hacia seres queridos.



Su principal aporte consiste en considerar que estos estados no representan enfermedades independientes, sino manifestaciones sucesivas de un mismo proceso patológico.

Falret observa que la actividad motora también aumenta de manera considerable. Los pacientes emprenden múltiples proyectos simultáneamente, reorganizan su entorno, escriben, crean, realizan bromas y permanecen activos tanto de día como de noche sin experimentar sensación de cansancio. A ello se suma una disminución marcada de la necesidad de dormir, aumento del apetito y una percepción subjetiva de excelente salud física. Aunque la mayoría de los casos presentan una exaltación afectiva e intelectual sin pérdida completa del contacto con la realidad, el autor reconoce que algunos pacientes desarrollan episodios de manía franca acompañados por delirios, ilusiones o alucinaciones, especialmente cuando la enfermedad lleva muchos años de evolución.

Su descripción comienza con el **estado maniaco**. El paciente experimenta una intensa sensación de bienestar, una marcada actividad intelectual y una percepción optimista de la realidad. Sin embargo, a medida que el episodio progresa, aparecen alteraciones del juicio y de la conducta.

Cuando la excitación comienza a disminuir, Falret identifica una **fase de transición** particularmente interesante desde el punto de vista clínico. En este momento coexisten los últimos restos del estado maniaco con los primeros signos de la depresión. El autor sostiene que esta etapa no constituye un verdadero intervalo lúcido, sino un equilibrio precario entre dos estados opuestos. Aunque el paciente puede realizar esfuerzos por recuperar el control de sus facultades, la estabilidad es transitoria y la evolución hacia la depresión ya está en marcha. Esta observación refleja la importancia que Falret concede a la continuidad del proceso patológico y a la dificultad de establecer límites precisos entre las distintas fases del cuadro.

Aunque la mayoría de los casos presentan una exaltación afectiva e intelectual sin pérdida completa del contacto con la realidad, el autor reconoce que algunos pacientes desarrollan episodios de manía franca acompañados por delirios, ilusiones o alucinaciones, especialmente cuando la enfermedad lleva muchos años de evolución.



La **fase depresiva** se instala generalmente de manera gradual, aunque en algunos casos puede aparecer de forma brusca. El contraste con el período anterior es profundo.

La fase depresiva se instala generalmente de manera gradual, aunque en algunos casos puede aparecer de forma brusca. El contraste con el período anterior es profundo. El paciente abandona la hiperactividad y la verborragia para adoptar una actitud de retraimiento, habla poco, evita el contacto con otras personas y pierde progresivamente la iniciativa. Algunos enfermos manifiestan vergüenza por las conductas desarrolladas durante la excitación, mientras que otros desarrollan un intenso sentimiento de humildad o indignidad. A medida que el episodio avanza, el abatimiento aumenta hasta alcanzar, en los casos más graves, estados de inmovilidad casi completa, con marcada reducción de la espontaneidad y de la capacidad para realizar incluso las actividades más elementales de la vida cotidiana. El instinto de conservación disminuye notablemente y algunos pacientes dejan de buscar alimento o requieren ayuda para vestirse, desplazarse o satisfacer sus necesidades básicas.

Falret también describe con detalle las manifestaciones cognitivas y físicas de este período. El pensamiento se enlentece, las respuestas se vuelven escasas y disminuye la expresión emocional. Predominan la apatía, la indiferencia afectiva y la pérdida de iniciativa. Desde el punto de vista somático, observa palidez, hipomimia, mirada apagada, disminución del apetito, lentitud digestiva, constipación y un estado general de enlentecimiento corporal. Aunque el sueño mejora respecto de la fase maníaca, continúa siendo de mala calidad. En algunos pacientes aparecen además ideas de culpa, ruina, envenenamiento o indignidad, aunque el autor aclara que estas ideas delirantes no constituyen el núcleo del cuadro depresivo, sino manifestaciones que sólo se presentan en determinados casos.

Una vez alcanzado el máximo grado de depresión, el cuadro comienza a remitir lentamente hasta dar lugar al denominado **intervalo lúcido**. Durante esta etapa el paciente recupera gradualmente su capacidad de relacionarse con el entorno, retoma sus hábitos cotidianos y parece aproximarse nuevamente a su estado previo de salud. Sin embargo, Falret advierte que esta recuperación

Falret también describe con detalle las manifestaciones cognitivas y físicas de este período.

El pensamiento se enlentece, las respuestas se vuelven escasas y disminuye la expresión emocional.



Una vez alcanzado el máximo grado de depresión,
el cuadro comienza a remitir lentamente
hasta dar lugar al denominado **intervalo lúcido**.

suele ser sólo parcial. Según su experiencia, cuanto más atento y experimentado es el observador, más fácil resulta identificar signos residuales de la enfermedad y reconocer que el equilibrio alcanzado es frágil. Del mismo modo, sostiene que un clínico entrenado puede detectar las primeras manifestaciones del nuevo episodio de excitación antes de que resulten evidentes para el propio paciente o para quienes lo rodean.

El rasgo fundamental de la locura circular, según Falret, es precisamente la **repetición continua de este movimiento cíclico**. Cada nueva fase reproduce, con escasas variaciones, el patrón observado en los episodios anteriores.

Esta concepción permitió abandonar la idea de que la manía y la melancolía eran entidades completamente separadas y propuso, por primera vez de manera sistemática, que ambas integraban una única enfermedad caracterizada por su evolución recurrente.

Desde una perspectiva histórica, la descripción de Falret constituye uno de los aportes más trascendentes de la psiquiatría francesa del siglo XIX. Su interpretación de la alternancia entre excitación, depresión e intervalos de recuperación abrió el camino hacia una comprensión longitudinal de los trastornos afectivos y se convirtió en uno de los antecedentes fundamentales de las concepciones modernas sobre la evolución episódica de los trastornos del estado de ánimo.

La comparación de los aportes de Baillarger y Falret y su influencia en la clínica psiquiátrica posterior, hasta la actualidad, ha revestido una importancia central en la nosología de la especialidad.

El criterio clínico de Baillarger entendía la enfermedad como una unidad dual cerrada; es decir, las fases de depresión y excitación se sucedían para él, de manera continua e inmediata, sin transición entre la depresión y la manía. En

El rasgo fundamental de la locura circular, según Falret,
es precisamente la **repetición continua de este movimiento cíclico**.
Cada nueva fase reproduce, con escasas variaciones, el patrón
observado en los episodios anteriores.

Esta concepción permitió abandonar la idea de que la manía y
la melancolía eran entidades completamente separadas y propuso,
por primera vez de manera sistemática, que ambas integraban
una única enfermedad caracterizada por su evolución recurrente.



cambio, Falret proponía que el trastorno se reproducía en forma sucesiva a lo largo de la vida en una repetición constante. Baillarger ubicaba el intervalo lúcido solamente entre accesos dobles, mientras que Falret postulaba el intervalo lúcido como una etapa más del círculo, pudiendo sucederse el ciclo completo como excitación-depresión-intervalo lúcido, o viceversa. Falret enfatizaba la cronicidad y el peor pronóstico a largo plazo y señalaba que la forma circular era altamente hereditaria y difícil de tratar. Baillarger consideraba que los accesos podían presentarse con intervalos libres prolongados.

Hacia finales del siglo XIX, basándose en el esfuerzo minucioso de ambos autores franceses por aislar las formas alternantes de la locura frente a la manía o la melancolía puras, Emil Kraepelin fundó su clínica bajo un criterio evolutivo (el curso de la enfermedad).

Privilegiando la evolución en el tiempo, como criterio diagnóstico postuló que, tanto la *locura a doble forma* como la *locura circular* no eran enfermedades distintas, sino manifestaciones sintomáticas de una misma patología subyacente, a la que denominó «locura maniaco-depresiva» (*manisch-depressives Irresein*). Simultáneamente observó que la misma no producía un deterioro cognitivo irreversible, regresando el sujeto a la normalidad en los intervalos libres, lo cual la diferenciaba de la otra gran psicosis en la que apoyaba su dicotomía nosológica, la demencia precoz (*dementia praecox*), trastorno crónico que evolucionaba hacia el deterioro definitivo y la desconexión psíquica, cuadro que, Bleuler mediante, devino en lo que hoy conocemos como esquizofrenia.

Medio siglo después, en 1957, Karl Leonhard publicó su obra cumbre, *Clasificación de las psicosis endógenas*, introduciendo una división que transformó definitivamente la nosología psiquiátrica.

Leonhard fragmentó la «locura maniaco-depresiva» de Emil Kraepelin al demostrar que los trastornos puramente depresivos o maniacos tenían una genética, evolución y pronóstico, y personalidad previa, totalmente distintos de aquellos que alternaban ambas fases. En otras palabras, rebatió el concepto unitario de Kraepelin, afirmando que el mismo ocultaba dos enfermedades biológicamente independientes.

Acuñó así los términos monopolar (o unipolar), correspondiente a pacientes cuyas fases se manifiestan en una sola dirección del espectro, y a los que dividió en tres subtipos puros: la melancolía pura, consistente en solo episodios de depresión grave; la manía pura, menos frecuente, en la que se presentan solamente episodios de euforia o exaltación, y las euforias puras, variante específica de exaltación sin la agresividad o desorganización de la manía clásica. Estos trastornos, para Leonhard, comienzan en edades más tardías (madurez o involución), se manifiestan en episodios más prolongados en el tiempo, aunque menos frecuentes, poseen menor carga genética directa en comparación con los bipolares y se instalan en sujetos con una personalidad premórbida



típicamente anancástica (rígida, obsesiva, muy trabajadora) o melancólica.

Diferenciándola del cuadro monopolar, Leonhard opuso la categoría de bipolar, aplicable a pacientes que presentan oscilaciones en ambas direcciones del espectro afectivo (fases de manía/hipomanía y fases de depresión), que inician esos fenómenos a edades más tempranas, con episodios más frecuentes, más cortos y de cambios rápidos, presentan mayor carga hereditaria familiar de trastornos similares y se constata en ellos una personalidad premórbida, frecuentemente ciclotímica, caracterizada por cambios de humor sutiles, fluctuaciones del afecto, constantes en su vida diaria.

En 1966, Angst y Perris aportaron validación estadística e independiente a la tesis de Leonhard. Como es bien conocido, la clasificación de Leonhard inspiró nuevos aportes clínicos, como los de Hagop Akiskal, orientó criterios diferenciales en la terapéutica y fue adoptada formalmente por los sistemas internacionales en las décadas siguientes.

Locura circular (*Fragmento*)

Extraído de: Falret, J.-P. "Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé". *Bulletin de l'Académie Impériale de Médecine*, Volumen 19, pp. 382-400, 1854.

Para facilitar la descripción, llamaremos accesos de la locura circular a la reunión de los tres períodos cuya sucesión forma un círculo completo. Nos bastará con describir uno de estos círculos para dar una idea exacta de todos los demás, ya que, como acabamos de decirlo, se parecen entre sí en el mismo enfermo.

Empecemos por el *estado maníaco*. En general, este estado se caracteriza por una simple exaltación de la inteligencia y de los sentimientos que, en un primer lugar, sólo se ve como un momento feliz donde la mente se desarrolla con gran actividad, donde todo parece fácil y donde la naturaleza se presenta con su aspecto más alegre. El enfermo sólo muestra entonces una mayor actividad de todas las facultades y parecería haber cambiado para bien, ante los ojos de los espectadores asombrados, si no se vieran ya surgir algunas leves alteraciones de sentimientos, y si los actos no comenzaran a parecer extraños e incluso desordenados. Progresivamente y en muy poco tiempo el mal au-

El enfermo sólo muestra entonces una mayor actividad
de todas las facultades y parecería haber cambiado para bien,
ante los ojos de los espectadores asombrados,
si no se vieran ya surgir algunas leves alteraciones de sentimientos,
y si los actos no comenzaran a parecer extraños
e incluso desordenados.



menta; la exuberancia de las ideas se vuelve prodigiosa; los sentimientos se exaltan; hay muestras de cariño a personas que antes resultaban indiferentes, y manifestaciones de odio contra las personas que antes eran las más queridas. Los movimientos son rápidos e incesantes. Es en este período que los enfermos que están en libertad cambian de lugar todos sus muebles, cambian de departamento, dan vuelta el jardín, son traviosos, astutos, y hacen toda clase de bromas, hacen proyectos, los ejecutan casi instantáneamente, componen, escriben en prosa y verso, y esta prodigiosa actividad, que desborda por todas partes, continúa de noche como de día. El enfermo siente que tiene una salud física perfecta; así es, en general los estados enfermizos interiores se suspenden durante este período de excitación. El apetito aumenta, todas las funciones orgánicas parecen tener una mayor actividad, y a pesar de la ausencia de sueño, el enfermo soporta alegremente y sin cansancio alguno todos los movimientos incesantes y todos los excesos a los que se entrega. El rostro goza de buen color, los ojos brillan, llenos de animación; los rasgos del rostro gozan de una gran movilidad y todos los sentidos han adquirido una extrema agudeza, sin embargo, hay cierta cantidad de casos en los que el período de excitación consiste en un verdadero acceso de manía, incluso con ilusiones y alucinaciones muy intensas y muy pronunciadas. Con más frecuencia aún, vemos en los enfermos que acostumbran tener una simple exaltación maníaca, que hay paroxismos durante los cuales el delirio es totalmente maníaco, y presenta inclusive algunos síntomas de debilidad intelectual, sobre todo cuando la enfermedad data de largo tiempo. Destaquemos así y todo que en estos casos los enfermos sólo presentan exaltación y sobreexcitación de todas sus facultades, y sólo excepcional y temporalmente, delirio maníaco.

Después de un tiempo más o menos prolongado, se ve disminuir esta excitación progresivamente, así como había aumentado al comienzo del período maníaco. Una vez que cesó la agitación, se produce un estado difícil de caracterizar: un estado que comparte la excitación ya muy disminuida que está terminándose y la depresión que comienza. ¿Se trata de un verdadero intervalo lúcido? Para nosotros no, si consideramos la generalidad de los hechos [...] excepcionalmente se ven casos donde la razón parece haber vuelto a ser lo que antes era. Pero la duración de este estado es breve, incluso en las locuras cir-

Después de un tiempo más o menos prolongado,
se ve disminuir esta excitación progresivamente,
así como había aumentado al comienzo del período maníaco.
Una vez que cesó la agitación, se produce un estado difícil de
caracterizar: un estado que comparte la excitación ya
muy disminuida que está terminándose y la depresión que comienza.



culares de largos períodos; siempre es menos prolongada que la del intervalo lúcido que se manifiesta luego de la depresión. Se trata de un estado en el que la razón tiene mucha dificultad para mantener el equilibrio entre la excitación que está terminando y la depresión que comienza, aunque a veces sea posible comprobar los esfuerzos que hace el enfermo por lograrlo.

En general, el *estado de depresión* se establece gradualmente, sobre todo en la

En general, el *estado de depresión* se establece gradualmente, sobre todo en la forma circular de largos períodos; pero no negamos que, en ciertos casos excepcionales, la depresión como la excitación pueden aparecer bruscamente.

forma circular de largos períodos; pero no negamos que, en ciertos casos excepcionales, la depresión como la excitación pueden aparecer bruscamente.

Al comienzo del período de depresión, los enfermos, en lugar de enfrentar a las personas para agobiarlos con la volubilidad de sus palabras, en lugar de acosar a los que los rodean, de hacer travesuras y de estar alegres, comienzan a mantenerse apartados y hablan muy poco. A veces actúan como quien tuviera vergüenza del estado anterior, del que conservan un recuerdo más o menos completo. Otros caen en un estado de humildad. Pronto, todos estos síntomas aumentan; los enfermos se muestran entonces totalmente solitarios e inmóviles. Así como eran exigentes en el período de excitación, se muestran humildes en el período de depresión, y su humildad a veces llega hasta rechazar los cuidados que se les quiere dar, porque creen no merecerlos. El abatimiento es cada vez mayor; finalmente, en ciertos casos llega un momento en que el enfermo parece una estatua. El instinto de conservación disminuye también a un punto tal que el enfermo no tiene siquiera el impulso de ir a buscar los alimentos o de pedirlos.

El curso de las ideas se ha vuelto muy lento; sin embargo, rara vez este estado

Así como eran exigentes en el período de excitación, se muestran humildes en el período de depresión, y su humildad a veces llega hasta rechazar los cuidados que se les quiere dar, porque creen no merecerlos. El abatimiento es cada vez mayor; finalmente, en ciertos casos llega un momento en que el enfermo parece una estatua. El instinto de conservación disminuye también a un punto tal que el enfermo no tiene siquiera el impulso de ir a buscar los alimentos o de pedirlos.



llega a la suspensión completa de la inteligencia, hasta el idiotismo accidental. Los sentimientos están muy disminuidos, el enfermo no manifiesta ni simpatía ni antipatía; se deja llevar, sin reaccionar, por el impulso que se le da. Ha perdido la espontaneidad de acción. Los movimientos son lentos, nulos o casi nulos. A menudo hay que llevarlos adonde se quiere que vayan, hay que vestírtelos, desvestírtelos, o al menos darles el impulso para que cumplan estos actos.

Los síntomas físicos son los siguientes: rostro pálido, rasgos caídos que denuncian abatimiento más que ansiedad, ojos sin brillo, párpados apenas entrecerrados y sentidos adormecidos. El enfermo parece tener un sentimiento de malestar general y todos los órganos de la locomoción están como dormidos. El apetito disminuye mucho; el enfermo come lentamente, la digestión también es lenta y la defecación se realiza con gran dificultad. El sueño es mejor que durante el período de excitación, pero no es regular ni prolongado.

He aquí los fenómenos más constantes en el estado de depresión, lo que nos lleva a decir que se trataba del fondo del estado melancólico sin su relieve, es decir, sin ideas delirantes bien determinadas. No obstante, hay algunos enfermos que presentan ideas predominantes, y entre estas ideas destacamos sobre todo las de humildad, de ruina, de envenenamiento y de culpabilidad.

El período de depresión es en general más largo que el de excitación. Habitualmente dura más si la excitación también ha sido más prolongada. Sin embargo, hay casos, y sobre todo accesos, en donde ambos períodos parecen durar más o menos lo mismo. El período de depresión, después de llegar a su apogeo y permanecer en estado estacionario, declina poco a poco y pasa, por gradaciones insensibles, al *intervalo lúcido*.

Gradualmente, el enfermo parece despertar a la vida de relación; sale de su sopor físico y moral; está más dispuesto a hablar y vuelve a sus hábitos de orden y de trabajo, aunque con cierta lentitud y sin expansión. Pronto, el enfermo volvió aproximadamente a lo que era cuando estaba sano, con cierto declive y desnivel de la inteligencia, en la mayoría de los casos. Todavía está en el período de depresión y, sin embargo, para un observador inexperto, parece tratarse ya del estado de razón. Así es, cuanto más sagacidad y experiencia se aporta

El período de depresión es en general más largo que el de excitación. Habitualmente dura más si la excitación también ha sido más prolongada. Sin embargo, hay casos, y sobre todo accesos, en donde ambos períodos parecen durar más o menos lo mismo. El período de depresión, después de llegar a su apogeo y permanecer en estado estacionario, declina poco a poco y pasa, por gradaciones insensibles, al *intervalo lúcido*.



en la apreciación de este grado de depresión que precede el regreso completo al estado normal, más disminuye la duración del intervalo lúcido; cuanto más difícil es pronunciar que el enfermo recuperó su razón por completo, más breve es la duración real del intervalo lúcido. No obstante, este intervalo lúcido existe. En general es menos largo que los períodos de excitación y de abatimiento considerados aisladamente; pero su duración es muy variable, sobre todo según si la locura circular es de breves o largos períodos. En este último caso, el intervalo lúcido puede tener una duración mayor.

Las mismas reflexiones que hiciéramos sobre su inicio se aplican a su declinación. El observador sagaz ve ya despuntar la excitación mientras que las personas inexpertas creen todavía que la razón está intacta. Como dijimos, los síntomas de invasión del período de excitación aparecen entonces y comienza un nuevo círculo de la enfermedad, para desarrollarse luego con las mismas características y tener el mismo final. La vida de este tipo de enfermos transcurre así, como ya expresamos, en la reproducción continua de este movimiento circular.

El observador sagaz ve ya despuntar la excitación mientras que las personas inexpertas creen todavía que la razón está intacta. Como dijimos, los síntomas de invasión del período de excitación aparecen entonces y comienza un nuevo círculo de la enfermedad, para desarrollarse luego con las mismas características y tener el mismo final. La vida de este tipo de enfermos transcurre así, como ya expresamos, en la reproducción continua de este movimiento circular.





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.

