Otro destino hubieran tenido...

Presentación y selección de textos
Juan Carlos Stagnaro

03



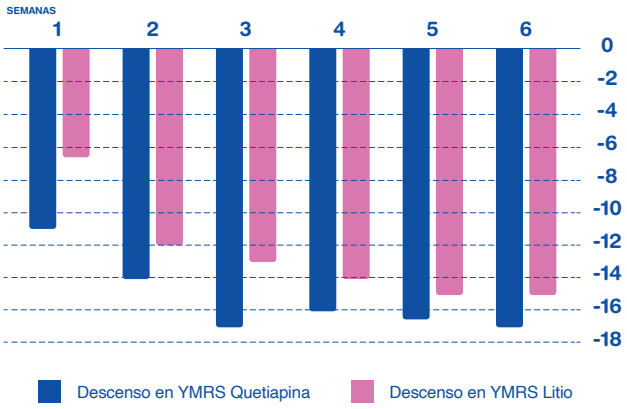
Gador

anelka®
QUETIAPINA

LA QUETIAPINA GADOR

La quetiapina demostró una mayor tasa de respuesta versus el gold estándar de tratamiento[2]:

Medidas de eficacia clínica a lo largo del tiempo



Tasa de respuesta

72%
Quetiapina

versus

49%
Litio

Estudio comparativo con pacientes bipolares adolescentes: la quetiapina fue asociado con una mayor tasa de respuesta estadísticamente significativa y con una reducción general de los síntomas maniacos en comparación con el litio.[2]

Gador líder en antipsicóticos[1]

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.

PAMI
INSSJP

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.

Gador



CONTENIDO

04. Presentación
Juan Carlos Stagnaro

06. Benedict Augustin Morel
Estupidez

16. Jules Séglas
Demencia paranoide

Coordinación de edición: Lic. Carolina Pangas - editorial@polemos.com.ar
Diseño y diagramación: D.I. Pilar Diez- mdpdiez@gmail.com

PRESENTACIÓN



Otro destino hubieran tenido...

En las páginas que siguen 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 así 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 el siglo XX, se ensayaron diversos intentos de tratamientos biológicos (malarioterapia, *shocks* insulínico y eléctrico, lobotomías) combinadas con drogas (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 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 ansiosos y depresivos, y psicóticos, aumentando la adherencia al tratamiento y

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.

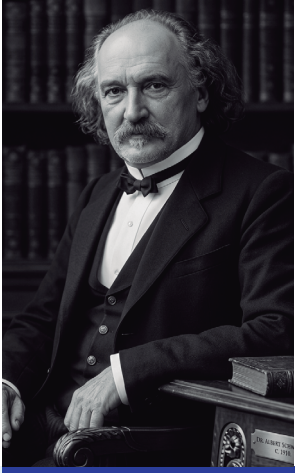
mejorando la calidad de vida. A ello se sumó el desarrollo de diversos tipos de psicoterapias individuales y grupales. El uso de los psicofármacos permite un tratamiento más eficaz y, por lo tanto, una mayor posibilidad de rehabilitación y de reinserción social para los pacientes, dejando atrás el hospital 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 socioterapéuticas actuales, **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

BENEDICT AUGUSTIN MOREL (1809-1873)



Morel tuvo una infancia particular. Nació en Viena el 22 de noviembre de 1809 como consecuencia de los desplazamientos del ejército de Napoleón, ya que su padre era proveedor de armas para el mismo. El niño, de cuya madre no se tiene registro, fue abandonado en custodia de un clérigo que lo llevó a Francia luego de la muerte del padre. Luego de fracasar como seminarista se trasladó a París, donde intentó el oficio de periodista y preceptor de los hijos de una familia norteamericana radicada en Francia, hasta que inició sus estudios de Medicina, que terminó en 1839. Una vez egresado conoció a Jean-Pierre Falret para quien tradujo los trabajos de la escuela psicológica alemana. Colaboró desde su fundación con los *Annales médico-psychologiques* y dirigió los asilos psiquiátricos de Maréville y de Saint-Yon. Morel falleció por las complicaciones de una diabetes el 30 de marzo de 1873.

Como muchos de los alienistas de su tiempo, Morel consideraba al hospital psiquiátrico como una especie de "pararrayos moral" de la sociedad, pero eso no le impidió ser muy crítico de las características carcelarias de la institución y proponer su reforma mediante la adopción del sistema de puertas abiertas, las altas precoces, la colocación de los pacientes en el seno de familias sustitutas, la creación de sociedades de protección de los enfermos mentales y la mejora del reclutamiento de los enferme-

ros dotándolos de una preparación más adecuada a sus funciones. Morel fue, además, uno de los pioneros franceses de la medicina legal.

Sus trabajos clínicos se vieron condensados en los dos volúmenes de sus *Études cliniques* publicados en Nancy en 1852/1853, y sobre todo en el *Traité de dégénerescences* (*Tratado de la degeneración*) de 1857 y su *Traité de Maladies Mentales* (*Tratado de Enfermedades Mentales*) aparecido en 1860.

Como muchos de los alienistas de su tiempo, Morel consideraba al hospital psiquiátrico como una especie de "pararrayos moral" de la sociedad, pero eso no le impidió ser muy crítico de las características carcelarias de la institución y proponer su reforma mediante la adopción del sistema de puertas abiertas, las altas precoces, la colocación de los pacientes en el seno de familias sustitutas, la creación de sociedades de protección de los enfermos mentales y la mejora del reclutamiento de los enfermeros dotándolos de una preparación más adecuada a sus funciones.

En ellos propuso una clasificación de las enfermedades mentales fundamentalmente basada en las causas más que en los síntomas. Entre las causas puso especial énfasis en las consecuencias de la degeneración. Esta teoría estaba, en realidad, mucho más ligada a las preocupaciones del higienismo médico que a la forma más cerrada que le darán posteriormente Magnan y, sobre todo, Lombroso. Influenciado por el pensamiento metafísico de su amigo Buchez -quien respondía a una corriente filosófica católica creacionista-, sostenía que la enfermedad mental se iba produciendo con mayor gravedad de generación en generación en familias que por diversas razones (alcoholismo, otros vicios, forma de vida, enfermedades vené-



reas, etc.) se iban apartando del tipo ideal -es decir, degenerando- que debía tener la especie humana tal como había sido creada. Entre sus observaciones clínicas se destaca su descripción de una grave afección la Estupidez, que describió en personas jóvenes y que denominó -fue el primero que empleó ese término- demencia precoz, aunque no en el sentido de una entidad clínica particular como lo hizo casi medio siglo más tarde Emil Kraepelin.

Entre sus observaciones clínicas se destaca su descripción de una grave afección la Estupidez, que describió en personas jóvenes y que denominó -fue el primero que empleó ese término- demencia precoz, aunque no en el sentido de una entidad clínica particular como lo hizo casi medio siglo más tarde Emil Kraepelin.





HISTORIA PARA EL PRESENTE

ESTUPIDEZ

Introducción narrativa a "Estupor y alteraciones psicomotoras"

Morel describió bajo el término histórico de "Estupidez" un estado de profunda inhibición psíquica y motora que podía aparecer después de un episodio de excitación y prolongarse durante meses. Según la concepción de la época, algunos de estos cuadros evolucionaban hacia la demencia.

En su *Traité des maladies mentales* de 1860, presentó los casos de dos jóvenes que permanecían en mutismo absoluto desde hacía aproximadamente un año. Aunque no podía comunicarse con ellos, Morel suponía que conservaban una intensa actividad delirante. Para dilucidarlo empleó la administración de éter. Este anestésico era utilizado, entre otros propósitos, para arribar a un diagnóstico diferencial y "desbloqueo" terapéutico. **Los alienistas de mediados del siglo XIX notaron que, durante las fases iniciales de la inhalación o mientras los pacientes se recuperaban de la anestesia (estados alterados de conciencia), algunas personas en mutismo melancólico comenzaban a hablar de manera fluida y, en consecuencia, utilizaban el método para romper resistencias, interrogar a los internos y acceder a sus pensamientos ocultos y delirios.**

Durante la administración de éter, uno de los pacientes que describió Morel hablaba del Paraíso y de los santos con expresión de beatitud. Habitualmente permanecía acostado, pero sostenía la cabeza elevada mediante una contracción continua de los músculos cervicales y recuperaba esa posición cada

Morel describió bajo el término histórico de "Estupidez" un estado de profunda inhibición psíquica y motora que podía aparecer después de un episodio de excitación y prolongarse durante meses. Según la concepción de la época, algunos de estos cuadros evolucionaban hacia la demencia.

vez que se intentaba modificarla, lo que la semiología denominó "signo de la almohada", que fue ampliamente documentado y popularizado por el psiquiatra alemán Oswald Bumke (1877-1950), quien sucedió a Emil Kraepelin en la prestigiosa cátedra de psiquiatría de Múnich. Bumke lo sistematizó como una de las estereotipias de actitud o anomalías motoras más ilustrativas dentro del espectro de la catatonia. Este fenómeno obedece a una alteración psicomotora profunda y está fuertemente ligado a otros dos fenómenos catatónicos: la rigidez muscular extrema, debida a un estado continuo de tensión muscular involuntaria, y la flexibilidad cérea (catalepsia), tendencia del paciente a mantener su cuerpo en cualquier posición en la que sea colocado, de forma similar a una vela de cera moldeable. **Aunque históricamente el "signo de la almohada" se asociaba de forma casi exclusiva con la esquizofrenia catatónica, la medicina actual reconoce que este y otros signos de rigidez catatónica pueden aparecer en cuadros psiquiátricos graves (como depresiones melancólicas severas o trastorno bipolar) y en patologías médicas orgánicas (como encefalitis, intoxicaciones graves o enfermedades autoinmunes), y no conducir a una forma inevitable de demencia.**

La utilización del éter para revelar pensamientos delirantes y los procedimientos coercitivos empleados entonces reflejan las limitaciones terapéuticas de la época. Una presentación semejante requeriría actualmente una evaluación médica, neurológica y psiquiátrica completa.

Morel también describió movimientos repetitivos que interpretaba como indicadores de deterioro. Algunos parecían automáticos; otros respondían a ideas delirantes o alucinaciones. Uno de sus pacientes, convencido de ser Napoleón II, se golpeaba las costillas porque unas voces le ordenaban demostrar así su poder. En la clínica contemporánea sería necesario diferenciar estereotipias, manierismos, tics, compulsiones y conductas motoras secundarias a síntomas psicóticos. La sola presencia de movimientos repetitivos no permite anticipar una evolución demencial.

El paciente François D., descrito por Morel, de 34 años, permanecía acostado, inmóvil y con la mirada fija. Sus respuestas eran contradictorias: afirmaba estar riendo cuando parecía llorar y confundía alimentos con bebidas. También ejecutaba acciones opuestas o incongruentes con las indicaciones: extendía un pie cuando se le pedía el brazo, se levantaba cuando se le indicaba acostarse y se acostaba cuando debía ponerse de pie.

Morel también describió movimientos repetitivos que interpretaba como indicadores de deterioro. Algunos parecían automáticos; otros respondían a ideas delirantes o alucinaciones.

Aunque en aquel momento estas conductas fueron entendidas como obstinación, hoy podrían examinarse como negativismo, alteraciones de la comprensión, respuestas aproximadas o manifestaciones de un proceso psicótico o catatónico.

Su aparente pasividad alternaba con agitación, agresiones e intentos de fuga. En una ocasión escapó y permaneció seis semanas recorriendo hospitales y prisiones, ofreciendo versiones absurdas sobre su identidad. El caso muestra que la inmovilidad y el mutismo pueden coexistir alternadamente con conductas organizadas y dirigidas a un objetivo.

Aunque en aquel momento estas conductas fueron entendidas como obstinación, hoy podrían examinarse como negativismo, alteraciones de la comprensión, respuestas aproximadas o manifestaciones de un proceso psicótico o catatónico.

La otra paciente, Célestine G., de 20 años, comenzó con un estado depresivo, preocupaciones religiosas intensas y un intento de arrojarse por una ventana. Posteriormente entró en un estado de completo estupor. Cuatro meses después presentó un cambio marcado: alegría inmotivada, risas, gesticulaciones, lenguaje grosero, desinhibición, movimientos extraños y mantenimiento prolongado de determinadas posturas. Morel denominó a este cuadro "estupidez transitoria" alternada con hipomanía y manía. Sin embargo, su concepto de "manía" pertenecía a la nosografía pineliana y no equivale al episodio maníaco actual.

La sucesión de depresión, riesgo suicida, estupor, excitación y alteraciones motoras podría sugerir hoy un síndrome catatónico asociado a un trastorno afectivo o psicótico. No obstante, la información disponible no permite establecer un diagnóstico retrospectivo definitivo.

El valor de las observaciones de Morel reside en haber advertido que el mutismo y la inmovilidad no implicaban necesariamente la desaparición de la actividad mental y que los estados de inhibición podían alternar con excitación y conductas desorganizadas.

El valor de las observaciones de Morel reside en haber advertido que el mutismo y la inmovilidad no implicaban necesariamente la desaparición de la actividad mental y que los estados de inhibición podían alternar con excitación y conductas desorganizadas.

Estupidez *(Fragmento)*

Extraído de: Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. Victor Masson.

[…] El estado de estupidez que sigue a un acceso de manía puede prolongarse -antes de concluir en demencia- con las características que le son propias, y esto frecuentemente por un tiempo bastante largo.

Los dos tipos principales de estupidez que poseemos son dos jóvenes que nos fueron traídos en ese estado, y resumen, en ellos solos, todos los fenómenos de la enfermedad, tanto intelectuales como físicos, que señala la observación respecto de esta categoría de enfermos.

Uno de ellos está en la misma situación desde hace 18 meses, y el otro nos llegó hace casi un año. La mejoría que pudimos obtener es tan pequeña que ni merece ser tenida en cuenta [...] A pesar del mutismo absoluto de estos dos enfermos, podemos pensar que los fenómenos de pensamiento delirante tienen en ellos una actividad cuya existencia no podríamos negar, sin que nos sea posible afirmar de manera tajante en qué tema se desarrolla esta actividad. Fue durante la eterización, a la que los sometimos varias veces, que pudimos entrever las tendencias de su delirio.

[...] Las alucinaciones que experimenta (*uno de ellos bajo el éter)* parecen transportarlo a la región de sus pensamientos habituales. Invariablemente habla del Paraíso y de los Santos. Sonríe con un aire de completa beatitud. En su estado habitual se somete a una especie de tortura que encaja con el carácter del hipomaníaco religioso.

Aunque habitualmente yace en decúbito dorsal, este individuo nunca apoya la cabeza sobre la almohada; y para tener la cabeza alzada en un estado de semi-suspensión, tensa los músculos del cuello del modo más cansador. Cuando con un movimiento violento retenemos su cabeza apoyada sobre la almohada, al instante de soltarla ésta vuelve a su posición habitual como movida por una especie de resorte.

Las reflexiones que hacemos sobre el estado mental de estos dos enfermos solo tienen el valor de una apreciación relativa, dado que no tenemos información absoluta sobre su situación anterior. Por otra parte, no sería la primera vez que debiéramos a la eterización el descubrimiento de los pensamientos delirantes de los enfermos, pensamientos que, hasta entonces, no habríamos podido conocer a causa de su mutismo voluntario. [...]

He notado que los alienados que contraían tics del tipo que estos presentaban tenían amenaza de demencia. Algunos ejecutan estos movimientos de manera puramente automática, otros actúan bajo el influjo de una idea delirante. Da testimonio de esto un enfermo de inteligencia poco desarrollada quien, creyéndose Napoleón II, no cesa de golpearse las costillas con su brazo semiflexionado, creyendo así obedecer a voces que le dicen que se es el medio de manifestar su poder.

[...] François D... tiene 34 años. Habitualmente permanece en su lecho, apoyado sobre un codo, mirando fijamente un objeto. Ustedes lo creerían sumergido en alguna profunda reflexión o dominado por una dolorosa preocupación; nada de eso. Si uno se para delante de él, no mueve los ojos del objeto sobre el cual los fijó; se contrae y hace como si llorase. Pregúntenle la causa de su pena y él respondería que "se ve bien que él ríe". Tiene cerca de sí su desayuno, e interrogado sobre por qué no ha comido, responde que "no le gusta la bebida". Si se le presenta algo para tomar, dice que "él no puede ingerir ese alimento". Se le dice que saque el brazo de la cama para tomarle el pulso, y extiende un pie; de mostrar la lengua, y da la mano; de acostarse, y se levanta; de levantarse, y se acuesta. Su obstinación a rechazar alimentos, por momentos, es tal que hay que llevarlo a los baños y administrarle la ducha. Probamos la moxa[1] como medicación dolorosa, con la esperanza de vencer su resistencia, y nos "ruega que no le provoquemos tanto placer". Empleando métodos suaves, clama que "no lo hagamos sufrir de tal modo". Cuando es llevado al trabajo se acuesta y pregunta "por qué queremos hacerlo andar". Si lo perdemos de vista por un instante, sólo renueva su actividad muscular para escaparse. En una oportunidad se escapó, y su ausencia duró seis semanas. Fue de hospital en hospital, de prisión en prisión, inventando las cosas más absurdas sobre su identidad, y despistando con sus respuestas las investigaciones de médicos y magistrados.

Es tan diestro para eludir la vigilancia que tuvimos que decidir que durmiera en la enfermería, tomando la precaución de sacarle la ropa. Veinte veces por día se levanta y se vuelve a acostar, va a golpear a algún vecino y grita que lo asesinan. No conozco a otro enfermo que ponga a tal punto a prueba la paciencia de quienes lo rodean [...]

Designamos con el término "estupidez transitoria", alternada con hipomanía y manía, al estado mental de la joven cuyo retrato damos a continuación:

Célestine G… tiene 20 años de edad, nació en una familia en la que no hubo alienados. A los 16 años la llevó a Paris un rico matrimonio para trabajar como nodriza de sus niños. Esa familia la apreciaba mucho y le demostró un particular afecto. Sin embargo, a pesar de ser tratada de esa manera y considerada y mimada casi como una hija más, Célestine fue presa de una vaga melancolía con predominancia de ideas religiosas exageradas. Comenzó a manifestar

1. N. del E.: La moxa (o moxibustión) consistía en quemar hojas secas de la planta *Artemisia vulgaris* sobre la piel de la nuca, la columna vertebral o detrás de las orejas. En el siglo XIX se creía que los trastornos mentales, la "manía" o la melancolía severa eran causados por una acumulación de sangre o inflamación interna en el cerebro que podía corregirse generando una inflamación artificial y dolorosa en el exterior del cuerpo, para "desviar" dicha congestión dañina lejos del encéfalo. En pacientes que sufrían de melancolía extrema, mutismo o estados catatónicos (donde permanecían inmóviles por días), el dolor agudo y punzante de la quemadura con moxa se usaba para "despertar" el sistema nervioso o forzar al paciente a reaccionar y volver a la realidad.

intenciones de tomar los hábitos para hacerse monja de Caridad. Su estado melancólico se presentó con exacerbaciones bruscas en el curso de una de las cuales abrió una ventana con la intención de arrojarse a la calle. Como consecuencia de ello fue enviada con su familia, que habitaba en Metz. Cuando sus parientes la trajeron para someterla a nuestra observación estaba en un estado de estupidez completo.

Cuando, luego de cuatro meses de internación, la enferma salió de esa situación, mostró una alegría insólita. Se reía sola, hacía muecas extraordinarias; y luego, comenzó con tics extraños: caminaba doblada en dos, dando una especie de saltos como un animalito que escapándose recobrara de golpe su libertad… No hablaba sino para decir las mayores groserías. Sus juramentos y palabrotas, herían los oídos menos castos de los otros enfermos. Célestine G… está representada en un retrato que se le hizo en una de sus posiciones favoritas, riendo de manera estúpida, con el pulgar de cada mano opuesto al otro. Si no se la estimulaba hubiera podido quedarse en esa posición por un lapso indefinido. En la actualidad está completamente maníaca[2], incoherente, ejecutando bien, sin embargo, y con habilidad los trabajos de costura que se le indican. No puedo pronunciarme todavía de una manera absoluta sobre la salida que tendrá esta afección, pero tengo la impresión de que esta profunda estupidez, reemplazada hoy por agitación y tics bizarros, no sea una transición a lo que Pinel designó en casos análogos con el nombre de idiotismo y que nuestro célebre Esquirol, caracterizó más o menos justamente con la designación de demencia aguda.

2. N. del E.: La expresión "maníaca", alude a la nosografía pineliana, es decir, un delirio general sin fiebre, y no a la definición actual de episodio maníaco.

Volver al índice

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]

Indicaciones[5]:

- 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

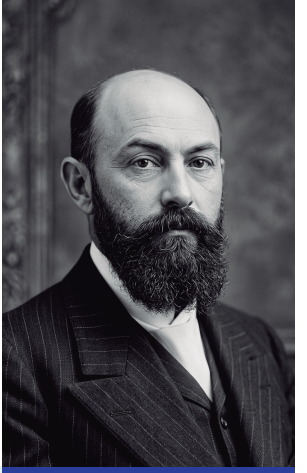
Referencias: 1. Davidson JR, et al. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. Depress Anxiety. 2004;19(4):234-40. **2.** Boulenger JP, et al.. A comparative study of the efficacy of long-term treatment with escitalopram and paroxetine 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

JULES SÉGLAS (1856–1939)



Louis Jules Ernest Séglas, el clínico más fino que haya producido la escuela francesa, según palabras de Paul Bercherie, perteneció junto a su amigo y colega Philippe Chaslin a la penúltima generación de los "Alienistas de los hospitales" de París. Su carrera se desarrolló en los hospicios de Bicêtre y La Salpêtrière.

De carácter modesto y retraído, fue un gran semiólogo y un clínico excepcional. Las teorías no fueron su centro de interés y siempre quedaron relegadas en su obra a un segundo plano frente a las descripciones y análisis clínicos de los síntomas. Investigó casi todos los problemas clínicos de la psiquiatría de su época dejando registrada gran parte de esa producción en sus *Leçons Cliniques*, aparecidas en 1895. Su obra más original fue *Troubles du langage chez les aliénés*, publicada en 1892. A esas obras se les debe agregar el capítulo "Semiología de las afecciones mentales" que redactó en 1903 para el *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet.

Sus innovaciones en el terreno de las alucinaciones influyeron fuertemente en las ideas sobre el sujeto durante el siglo XX. En ese sentido, tanto Henri Ey como Lacan manifestaron su deuda con Séglas.

A partir de la metodología que se fijó, inspirada en la escuela de la Salpêtrière y, sobre todo en Jules Falret, Séglas estudió las relaciones entre la confusión mental, tema abordado brillantemente por

Sus innovaciones en el terreno de las alucinaciones influyeron fuertemente en las ideas sobre el sujeto durante el siglo XX. En ese sentido, tanto Henri Ey como Lacan manifestaron su deuda con Séglas.

Chaslin en 1892, y la *bouffée délirante*, a la que denominó paranoia aguda. El otro gran núcleo de su interés lo constituyó el delirio melancólico en sus diferentes formas (hipocondríaco, de autoacusación, de persecución), inspirándose para su estudio en investigaciones de Jules Cotard y su noción del *Delirio de las negaciones* de 1882. Pero, sin duda, lo que más marcó la historia de la psiquiatría en el siglo XX, fueron sus ideas sobre las alucinaciones.

Al filo del nuevo siglo, Séglas publicó en los *Annales Médico-Psychologiques* un artículo, "La demencia paranoide" (del que se extrae a continuación un ejemplo clínico), en el que critica la clasificación de Kraepelin, y especialmente la extensión que este autor da al concepto de demencia precoz.

Unos años después Kraepelin aceptará la existencia de otras formas de delirio crónico, pero el panorama de la nosografía de los delirios se habrá complicado enormemente para entonces.

Al filo del nuevo siglo, Séglas publicó en los *Annales Médico-Psychologiques* un artículo, "La demencia paranoide" (del que se extrae a continuación un ejemplo clínico), en el que critica la clasificación de Kraepelin, y especialmente la extensión que este autor da al concepto de demencia precoz.





HISTORIA PARA EL PRESENTE

DEMENCIA PARANOIDE

Introducción narrativa a "Demencia paranoide y desorganización psicótica"

Séglas denominó "demencia paranoide" a un cuadro de deterioro psíquico rápido acompañado por alucinaciones e ideas delirantes variables, absurdas y sin una organización sistemática.

Presentó el caso de D., un joven de 25 años inicialmente considerado inteligente, aunque desconfiado y celoso. Antes del comienzo franco de la enfermedad se volvió irritable, perdió interés por el trabajo y aumentaron sus sospechas.

Después de frustrarse su proyecto matrimonial comenzó a retraerse, faltar al trabajo y acusar a sus compañeros de burlarse de él. Más tarde dejó de salir porque se creía vigilado y temía ser arrestado. Escuchaba voces, refería sensaciones corporales extrañas y realizaba conductas extravagantes, como desnudarse sin motivo o caminar con una vela encendida dentro de un vaso.

La evolución fue rápida. Expresaba ideas de persecución, grandeza e hipocondría, decía comunicarse con autoridades políticas, atribuía delitos a su madre y manifestaba ideas suicidas y amenazas.

Al ingresar en el Hospicio de Bicêtre estaba tranquilo y podía responder correctamente preguntas sencillas. Sin embargo, después de algunos minutos su discurso se volvía incoherente. Pasaba sin conexión de una condena a muerte al material de una puerta, del teléfono a la ceguera y de enfermedades corporales a recomendaciones dietéticas.

Séglas denominó "demencia paranoide" a un cuadro de deterioro psíquico rápido acompañado por alucinaciones e ideas delirantes variables, absurdas y sin una organización sistemática.

En su discurso podían reconocerse fragmentos delirantes y posibles alucinaciones, pero los contenidos eran móviles y carecían de relaciones lógicas. El paciente los expresaba con calma e indiferencia, como si fueran perfectamente razonables.

Con el tiempo aumentaron la desorganización y el deterioro del autocuidado. Recogía trapos y papeles, dañaba sus prendas, vagaba sin rumbo y permanecía durante horas indiferente al ambiente. Alternaba conversaciones en voz baja consigo mismo con períodos de mutismo. Finalmente, su lenguaje se convirtió en una sucesión de palabras sin articulación comprensible, fenómeno que Séglas denominó *Wortsalat* o "ensalada de palabras".

Desde una perspectiva contemporánea, el caso presenta un período prodrómico de suspicacia, retraimiento y declinación funcional, seguido por delirios, alucinaciones, conducta desorganizada, alteraciones formales del pensamiento, empobrecimiento afectivo y abandono del autocuidado.

La expresión "demencia paranoide" no corresponde a una demencia neurocognitiva en el sentido actual. El cuadro muestra semejanzas con una psicosis del espectro de la esquizofrenia de inicio temprano y evolución deteriorante, aunque no es posible establecer un diagnóstico retrospectivo concluyente.

La vigencia del texto reside en la precisión con que Séglas diferenció el contenido del delirio de la forma del pensamiento. No se limitó a registrar ideas persecutorias o de grandeza: observó su falta de sistematización, la pérdida de asociaciones comprensibles y la progresiva desorganización del lenguaje y de la conducta.

Desde una perspectiva contemporánea, el caso presenta un período prodrómico de suspicacia, retraimiento y declinación funcional, seguido por delirios, alucinaciones, conducta desorganizada, alteraciones formales del pensamiento, empobrecimiento afectivo y abandono del autocuidado.

Demencia paranoide *(Fragmento)*

Extraído de: Séglas, J. (1900). La démence paranoïde. *Annales médico-psychologiques*, 12, 232–246.

Este grupo de hechos para los cuales nosotros conservaremos el nombre de *Demencia paranoide* nos parece sobre todo caracterizado por un debilitamiento intelectual de naturaleza demencial que se desarrolla rápidamente y se acompaña, a veces durante un tiempo bastante largo, de errores sensoriales y de ideas delirantes variables, desprovistos de todo carácter sistemático.

He aquí un hecho que podrá servir mejor que toda descripción, para fijar las ideas:

D... de 25 años de edad, entra al Hospicio de Bicêtre el 18 de mayo de 1899. [...] Siendo joven sufría frecuentemente de dolores de cabeza. Siempre se lo consideró como inteligente; pero era de carácter desconfiado, dado a la sospecha, celoso de sus hermanos y hermanas, encontrando que sus padres hacían más por ellos que por él; aceptaba, sin embargo, de buena gana lo mal fundado de esas prevenciones y se excusaba por ello. Un año antes de su partida para el servicio militar, sus rasgos de carácter se acentuaron progresivamente; además se había vuelto colérico y mostraba menos gusto por su trabajo. De todas maneras, no había manifestado hasta ese momento ningún trastorno psíquico característico, ninguna idea delirante. En ocasiones tomaba con sus camaradas, pero sin exceso.

Vuelto de su servicio militar proyectó casarse (octubre de 1898), los padres de la joven habiéndose enterado que él habría tenido una amante y juzgando su posición económica insuficiente objetaron la idea. Esto lo afectó mucho y de *motu propio* rompió las conversaciones temiendo tener que soportar más tarde los reproches de su futura familia.

Es en ese momento que aparecen los primeros accidentes mentales. D... no concurría más a su trabajo regularmente. En el taller se quedaba horas encogido en un rincón; acusaba a sus camaradas de burlarse de él, de pensar en hacerle mal. El médico de la fábrica le hizo dar una licencia. Vuelto a su casa se quedaba sentado en una silla días enteros sin osar salir, creyéndose espiado, temiendo ser arrestado. Tenía alucinaciones, decía escuchar voces, se quejaba de sensaciones extrañas, quemaduras en el corazón, etc. *A partir de esa época se entregaba a actos absolutamente extravagantes*. Se desvestía sin motivo, bajaba completamente desnudo las escaleras o se paseaba en pleno día con una vela encendida dentro de un vaso.

Muy rápidamente este estado se agravó, el enfermo, ora triste ora inquieto, *hablaba sin sentido* de enemigos que querían hacerle rehacer su servicio militar, de un general alemán del cual él sería el ordenanza; se decía en comunicación con Félix Faure[3] que se le aparecía y le hacía confidencias, acusaba a su madre de haber asesinado al dueño del bazar del Hôtel-de-Ville"[4], manifestaba ideas de suicidio y profería amenazas contra su entorno.

A la internación (mayo de 1899), su aspecto exterior, su actitud, no presenta ninguna indicación especial. El enfermo está calmo, no manifiesta ningún síntoma de excitación, de depresión o de ansiedad. Responde bastante correctamente, de una manera lacónica, a las preguntas que se le hacen sobre su edad, su profesión, la fecha de su internación, etc. Sus respuestas no dan testimonio de desorientación real. Pero al cabo de algunos minutos, no tiene más que propósitos incoherentes: "Ha sido pronunciada la

3. Político francés y presidente de la Tercera República entre 1895 y 1899 (N. del T.).
4. Importante tienda parisina (N. del T.).

pena de muerte contra él. ¿La puerta es de madera, de hierro, de acero, o en uniforme de politécnico? Lo que lo molesta es el teléfono. Si fuera un ciego lo meterían en un agujero. Defiende el bien. Desea invitar a todos a ver lo que es la vida romántica. Pedid, seréis recomendados. Dice ser uno de los siete Cochefert[5] de París. Es fácil combinar las razas. Debe irse por el estrecho de pasaje. No está enfermo. Se mantiene en su probidad, pero hay platos que se siguen y por la combinación de los platos se hace confesar cosas a los individuos. Tiene el corazón en hipertrofia. Se lo juzga. Sufre. Hay que plantar flores y seguir un régimen vegetariano, etc."

Durante toda su verbalización se llegan a discernir ideas delirantes diversas: persecución, grandeza, hipocondría, algunas alucinaciones, trastornos de la sensibilidad general. Pero todas esas ideas delirantes son móviles, variables, absurdas, sin ninguna relación recíproca.

Además, el enfermo las traduce todas bajo un mismo tono, en general indiferente, a veces con una beatífica satisfacción. Se expresa con calma como si sus respuestas fueran las más ponderadas del mundo. No es de ninguna manera locuaz; la articulación es correcta.

La conformación es regular. No existen síntomas somáticos y en particular no hay signos de alcoholismo ni de parálisis general.

Los días siguientes D... continúa igualmente incoherente. Pareciera que las ideas de persecución son más activas entrañando un cierto grado de ansiedad reactiva. D... sabe por el teléfono que se lo busca para matarlo y ha fijado sobre su pecho un papel que debe servir de blanco.

Esta crisis de ansiedad es muy pasajera. D... vuelve a estar indiferente pero está siempre dislógico […]. Agreguemos que D... recoge y colecciona todo lo que encuentra, trapos, alfileres, pedazos de papel con los que llena sus bolsillos o que fija a sus vestimentas. Rasga sus sábanas y sus vestimentas, arranca todos sus botones, arranca la visera de su gorra, se pone sus zapatos como zuecos, está siempre completamente desarrapado. Muy tranquilo pasa su tiempo errando sin objeto en el patio o se mantiene sentado en su banco, sin importarle el tiempo que haga. No manifiesta jamás sentimientos afectivos. En una palabra, se lo puede considera como un verdadero demente (junio de 1899).

Durante toda su verbalización se llegan a discernir ideas delirantes diversas: persecución, grandeza, hipocondría, algunas alucinaciones, trastornos de la sensibilidad general. Pero todas esas ideas delirantes son móviles, variables, absurdas, sin ninguna relación recíproca.

5. Neologismo (N. del T.)

Desde entonces, este estado demencial no ha hecho más que acentuarse. El arreglo del enfermo está aún más descuidado y más sucio. Está tranquilo, indiferente; frecuentemente conversa solo, a media voz; a intervalos, se niega a responder cuando se le dirige la palabra y se encierra en un mutismo absoluto. Ordinariamente responde; pero su discurso, cada vez más incomprensible no es más que una serie de palabras disparatadas, sin ninguna significación *(Wortsalat)***.**

Volver al índice

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.

PAMI INSSJP | PAP Preserfar | Recetario Solidario

Referencias: 1. Gargoloff P, et al. Resultados clínicos de 3 años del estudio Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) en Argentina. Arch Neurocien (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.

Gador