

JUAN JOSE LOPEZ IBOR

**Fases depresivas en las remisiones de los brotes esquizo-
frénicos (o la alternancia sindrómica entre esquizofrenia
y ciclotimia, determinada por la farmacoterapia)**

Publicado en

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y CIENCIAS AFINES

Volumen V. Septiembre-octubre 1977. Número 5.

Depósito legal: M. Sep. 851.—1958.

Gráficas Orbe, S. L., Padilla, 82, Madrid.—1977.

Ayuntamiento de Madrid

FASES DEPRESIVAS EN LAS REMISIONES DE LOS BROTES ESQUIZOFRENICOS (O LA ALTERNANCIA SINDROMICA ENTRE ESQUIZOFRENIA Y CICLOTIMIA, DETERMINADA POR LA FARMACOTERAPIA)

Por

Juan José López Ibor

KRAEPELIN se esforzó en lograr una línea fronteriza entre la esquizofrenia (o «demenia precoz», como él la llamaba) y la psicosis maníaco-depresiva. Más tarde se dio cuenta de lo baldío de sus esfuerzos para lograr tan neta separación, mientras no tuviera otro fundamento que la sintomatología psíquica. Por estas dificultades surgió el problema de las «psicosis atípicas», que ya KRAFT-EBING, en 1880, propuso llamar «psicosis combinadas».

Las posibilidades terapéuticas actuales han puesto de manifiesto un problema distinto del que puedan presentarse síntomas mixtos procedentes de una u otra psicosis endógena. El problema actual consiste en el desplazamiento de una sintomatología por otra. WEITBRECHT decía que la tendencia de las formas afectivas a convertirse en formas esquizofrénicas es más frecuente que en sentido inverso. Según mi experiencia, sin embargo, ocurre al revés. Debemos tener en cuenta, si queremos aproximarnos al núcleo de este problema, lo siguiente:

a) El perímetro de lo que se llama esquizofrenia varía considerablemente en la

(1) Esta palabra *patognomónicos* muy usada antes en Medicina viene del griego *pathos* ("patognomon"), característica de una determinada enfermedad, y por regla general se contienen en la descripción síntomas subjetivos (*suffernig, disease, passion, etcétera*).

psiquiatría actual. En Estados Unidos se prodiga el diagnóstico de esquizofrenia. En el conocido texto de KOLB, por ejemplo, señala como característica de la esquizofrenia: «'a certain inconsequence of ideas and a thought sequence that is erratic', poverty of association of ideas, delusions, negativisme, depersonalisation», etc. E. BLEULER, y sobre todo M. BLEULER, centran el diagnóstico en torno al «autismo». En Alemania, el autor que en los últimos años ha delimitado el círculo de la esquizofrenia y de las depresiones con mayor rigor ha sido K. SCHNEIDER, que distingue los síntomas primarios o secundarios de la misma. La presencia de un síntoma primario basta para establecer un diagnóstico de esquizofrenia («Gedankenlautwerden Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede Hören von Stimmen, der das Eigen turn mit bemerkung begleiten leibliche Beinflusung Erlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedanken beinflusung, Gedanken ausbreitung, Kahnwahrnehmung»), así como todas aquellas vivencias que lleven el sello de lo impuesto.

Los síntomas de segundo orden, como alucinaciones de otra clase, perplejidad, distimias depresivas o eufóricas, amortiguamiento de los sentimientos y otros, no tienen el mismo valor patognomónico.

K. SCHNEIDER no cree que estos síntomas primarios tengan una estructura común.

Por mi parte, me inclino a admitirla. No se trata en los esquizofrénicos de una disociación de los pensamientos, es decir, de los contenidos de los mismos, sino de una alteración primaria de las mismas funciones psicológicas. El pensamiento sonoro se produce por una contaminación de dos funciones psíquicas: una el pensar y otra el percibir. Lo mismo ocurre con la percepción delirante y los otros síntomas característicos de la esquizofrenia. Es la actividad unitaria del yo la que se disgrega.

b) La aparición de este desplazamiento (*syndrom shift*) de sintomatología esquizofrénica a depresiva había sido ya observado antes de la utilización de los fármacos actuales, pero ahora ocurre con más frecuencia. No se trata de combinaciones de síntomas, sino de la aparición de oscilaciones depresivas en psicosis esquizofrénicas. WEITBRECHT señaló también que en el tratamiento con electrochoques había observado esta sintomatología.

El uso de los neurolépticos *retard* ha aumentado la frecuencia de tal hecho, según mis observaciones. Se trata de enfermos esquizofrénicos en los que se consigue la desaparición de la sintomatología esquizofrénica y la aparición después de una fase depresiva. En unos enfermos, el brote ya ha remitido completamente cuando algún tiempo después aparece una fase depresiva. PETRILOWITCH trata de explicar estos desplazamientos atribuyendo a los psicofármacos una acción reductora, que transforma la sintomatología típica esquizofrénica en un síndrome básico depresivo-vital (*vital-depressive Basis Syndrom*) pobre en síntomas. Mi propia experiencia muestra que, aunque el citado hecho puede ocurrir en algunos casos, no explica el conjunto del problema. ERDMAN ya señaló que en los tratamientos con reserpina se producen depresiones.

Mi experiencia muestra, y éste es un hecho fundamental, que estas depresiones son endógenas y de ninguna manera reactivas, ni producidas por la reducción de la sintomatología esquizofrénica, ya que tratadas con preparados antidepresivos—sobre todo tricíclicos— la sintomatología depresiva des-

aparece. La importancia de esta observación obliga a replantear el problema de la diferencia en la patogenia de ambas psicosis y sus posibilidades de explicación.

Las consideraciones que anteceden vienen de la observación de síntomas residuales que no son característicos de las psicosis esquizofrénicas. Un nuevo problema ha surgido, que es el de las «caídas» tras las remisiones de los mismos. Antes el esquema que resultaba evitado era el de pensar que los brotes que reaparecían en un cuadro esquizofrénico, en la época en que no se tenían apenas tratamientos para ello, poco más o menos ofrecían la misma sintomatología. Ahora se habla de cuadros parecidos en lugar de estos brotes y hay una gran discusión y diferencias de opinión entre los científicos, sobre si estos brotes deben considerarse como depresivos o no.

El problema lleva consigo el de opinar o dictaminar sobre la fortaleza nosológica de la esquizofrenia. Muchos de estos brotes son típicamente depresivos, pero algunos investigadores se han empeñado en buscar características diferenciales de estas «depresiones farmacógenas».

SELLBACH e HIPPIUS los han encontrado en el 20 por 100 de las esquizofrenias tratadas con peracina y las han calificado como «depresiones farmacógenas», es decir, en alguna manera ligadas en su génesis a la acción del fármaco. JACOB habla de los síntomas «mudos» que aparecen de cuando en cuando. La expresión es realmente dificultosa de entender, pero su descripción es más clara. Cuando en un largo curso de una esquizofrenia nos encontramos en un punto en el cual no se puede avanzar más en la terapéutica repetida, nos hallamos frente a cuadros que él califica con este nombre, de la misma manera que HEINRICH y otros los han llamado «cuadros de agotamiento post-remisivo».

En el primer caso, los autores que distinguen los dos tipos, la denominación adecuada para estos cuadros no depresivos es un *trastorno vital*, mientras que para el otro se reserva la expresión de *depresión*. Pero el derecho que haya a utilizar estas dos deno-

minaciones se halla muy quebrantado, precisamente por la afirmación de SCHULTE, cuando dice que el modo de vivenciar melancólico consiste en la imposibilidad de estar triste, cuando se conocen ya de antiguo las depresiones anestésicas.

La presencia de fases maníacas, y con mayor frecuencia melancólicas, en estos últimos tiempos, e incluso, aunque más raramente, la presentación de brotes esquizofrénicos en cursos típicos de psicosis ciclotímicas, merece atención detenida porque, en realidad, conmueve el esquema de ambos grupos psicóticos. La solución de incluir los casos citados en el grupo de las psicosis atípicas o mixtas no satisface, porque cada brote o fase se presenta con *sintomatología pura* correspondiente al círculo esquizofrénico o al ciclotímico, sin negar la posibilidad de que se presenten algunos casos, los menos, con sintomatología aparentemente mixta. Ya KRAEPELIN decía que la separación usual entre ambos grupos psicóticos, separación que tantas veces se contempla impurificada en la clínica, deja muy satisfecho al psiquiatra y le obliga a preguntarse si se ha planteado correctamente el problema. No es necesario recordar que se trata, en ambos casos, de psicosis sin fundamento somático conocido, a pesar de que las numerosas y detenidas investigaciones realizadas y algunos importantes hallazgos no impiden que la cuestión siga irresuelta. WEITBRECHT agrega, por su parte, que en el caso de las llamadas psicosis atípicas, si queremos esforzarnos en incluirlas en uno de los dos grupos (esquizofrenia o ciclotimia), las dificultades son tan intensas que el investigador tiene la impresión de haber forzado los hechos.

Algunos autores piensan, como PAULEIKOPF, que esos desplazamientos atípicos aparecen con mayor frecuencia en el sexo femenino. Otros puntualizan que tal desplazamiento de ciertos casos de psicosis afectiva a la esquizofrenia es más frecuente que al revés. Pero todas estas deducciones, así como otras, tales como la de KRAEPELIN aislando la llamada «parafrenia expansiva» e incluyéndola en las ciclotimias, así como

el aislamiento de las «formas mixtas», como hizo BLEULER, no han resuelto el problema. Ni siquiera las investigaciones genéticas de ANGST y ELSÄSSER, aun teniendo en cuenta su valor, lo han esclarecido suficientemente.

Los casos de los que se ocupaban los citados autores eran, sobre todo, los de «psicopatología mixta». Sin embargo, el problema que ahora se nos plantea de nuevo, porque ha sido observado como consecuencia de los diversos tratamientos psicofarmacológicos. Antes de exponer mi experiencia quisiera señalar el rigor con que en mis servicios clínicos se establece el diagnóstico de esquizofrenia. El ámbito de la designación es de tal clase que ha pasado al lenguaje vulgar y recuerdo haber leído en la prensa que, por ejemplo, se dice que el ministro de Hacienda de un cierto país plantea sus recursos como un esquizofrénico. Hoy se usa la palabra esquizofrenia en el lenguaje coloquial, e incluso literario, con el significado primitivo de «mente hendida» que, a veces también, se utiliza en algún texto de psiquiatría. Por otra parte, el psicoanálisis complicó la cuestión, aunque en las obras de FREUD sólo se habla del caso Schreber. En una clínica americana, un psicólogo, a título experimental, entró como enfermo con un grupo de ocho o 10 colaboradores, siendo todos sanos. A las tres semanas le dieron el alta por no encontrar justificación alguna para su permanencia, pero en la hoja clínica de cada uno figuraba el diagnóstico de *esquizofrenia*.

Creo que manteniendo la nosología actual podría encontrar mayor carácter específico para el diagnóstico de esquizofrenia, cuya palabra fue un hallazgo de BLEULER. El diagnóstico de esquizofrenia es un *diagnóstico psicopatológico* y no somático, como lo es el de un tumor cerebral, si bien nos hallamos próximos a encontrar su base somática, o al menos lo esperamos así, a fuerza de desearlo.

Estas enfermedades, la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva, se diagnostican por sus síntomas, lo cual les imprime un carácter ciertamente distinto que los que se diagnostican por síntomas somáticos. Tam-

bién las enfermedades psiquiátricas tienen síntomas somáticos, como la rigidez pupilar a la luz en la parálisis general, etc.; pero no es éste el caso. Los síntomas son a veces claros, como el carácter de una persona, y otros, en cambio, mucho más oscuros, si se quiere hacer un diagnóstico preciso. Nos hemos de esforzar en aislar los que aparecen con claridad porque su estructura es también clara, dejando aparte *el contenido*, por ejemplo, de su pensamiento, aunque éste, por su significación, también puede ayudar en el diagnóstico.

Hablar de esquizofrenia en el desdoblamiento de la personalidad es reducirlo a la condición de espectador de cine o de lector curioso cuando nos referimos, por ejemplo, a la película titulada *Las tres caras de Eva* y otras.

La realidad clínica demuestra que hay unos *síntomas específicos* que se presentan acompañados o no de otros que no tienen la misma especificidad. Por consiguiente, partiendo de la ausencia de los síntomas corporales, como he dicho anteriormente, podemos llamar esquizofrénicos a los enfermos que presentan los síntomas siguientes: unos con mayor *facilidad de reconocimiento*, y por tanto mayor volumen diagnóstico, por lo que K. SCHNEIDER los ha llamado síntomas de primer orden, y yo acostumbro a llamar síntomas *patognomónicos*, tales como *Gedankenlantwerden Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede Hören von Stimmen, der das Eigen turn mit bemerkung begleiten leibliche Beinflusung Erlebnise, Gedankenentzug und andere Gedanken beinflusung, Gedanken ausbreitung, Wahnwahrnehmung*, así como todas aquellas vivencias que llevan al *sello de lo impuesto*.

El resto de los síntomas de la esquizofrenia no citados anteriormente no constituyen de por sí síntomas *seguros* de la esquizofrenia. A este grupo pertenecen las alucinaciones, las *intuiciones delirantes* (*Wahn-einfall*), la perplejidad, las distimias melancólicas y depresivas, el empobrecimiento de la vida afectiva y otros análogos, todos ellos fuera del círculo citado.

Desde BLEULER se viene hablando de

síntomas esquizofrénicos *primarios* y *secundarios*. En rigor, síntoma patognomónico es aquel que no puede derivar *comprensiblemente* de otro. Se podrá explicar su presencia cuando sepamos bastante bioquímica cerebral. No se puede afirmar que los síntomas patognomónicos se engendran directamente por una alteración somático, y los otros, por ser comprensibles de una alteración psíquica; podemos pensar en esa posibilidad, pero no estamos en condiciones de separarlas por su origen. Por eso existen diferencias de opinión entre los autores. BLEULER, por ejemplo, cita, como probables síntomas primarios, los trastornos asociativos, los estados de amodorramiento o sopor, los accesos maníacos y melancólicos, las alucinaciones y los síntomas catatónicos, aparte de otros físicos, como las anomalías pupilares, temblor, edemas, etc. No he logrado diagnósticos claros y seguros de esquizofrenia usando *sólo* la psicopatología bleuleriana.

Es necesario, pues, que detengamos la atención sobre los síntomas primarios. La diferencia entre una *idea delirante primaria* o *percepción delirante* y una secundaria puede establecerse con absoluta seguridad mediante el análisis de su estructura psicológica. La primaria ocurre cuando a una percepción vulgar al parecer se le atribuye una *significación anormal extraña*; por ejemplo, «ese perro que me sigue es el demonio». Su estructura psicológica es diferente, por consiguiente, de una idea delirante *secundaria*. La *percepción delirante es bimembre*: un miembro va del sujeto al objeto, cosa o persona percibida; por eso se presenta muchas veces revestida de carácter simbólico, símbolo que tiene un *valor individual* para el enfermo y no reconocido por los demás. Es natural que ese análisis se presente sin dificultades, por ejemplo, cuando se crea un símbolo nuevo literario, como cuando VÍCTOR HUGO dice que «le monde est un chachat de Dieu» (el mundo es un escupitajo de Dios), es simplemente una alegoría.

La psicopatología de la percepción delirante muestra la estructura de los demás patognomónicos. En primer lugar, el sínto-

ma patognomónico parece manifestación de un *poder o función distinta* que no controla su «yo», sino al revés. Es como un poder extraño, *numinoso*. Lo que le ocurre está dirigido intencionalmente a él y es sólo significativo para él. Podríamos decir, metafóricamente, que la flecha del arco intencional, que normalmente va del yo al «no-yo», aquí se invierte.

Analizando detenidamente la psicopatología de las percepciones delirantes, veremos una estructura común. En la *sonoridad del pensamiento*, el enfermo recibe mensajes astrales o diálogos con seres extraños. En el hombre sano su vida sensorial cursa por otros cauces, aun en las equivocaciones.

En cambio, las funciones sensoriales del esquizofrénico están unas veces anormalmente contaminadas, como en la «sonoridad del pensamiento», ya que el pensamiento como función psicológica pura es silencioso y otras veces la función misma se halla desintegrada, como cuando oye la discusión de varias voces en sus propios oídos. (Si se hace precisar al enfermo, oye tal discusión que suele decir que no es en los oídos, sino en la cabeza misma). Por eso los síntomas suelen ser *endomorfos*.

ZUTT y JANZARIK persiguen la idea de encontrar el trastorno *fundamental del esquizofrénico (Grundstörung)*. Muchas interpretaciones se han dado, sin llegar a convencer a los psiquiatras. Por mi parte, me abstengo de entrar a fondo en la cuestión. Me atrevería a señalar la presencia de oscilaciones integradoras, unas, y desintegradoras en otros momentos del llamado clásicamente *Sensorium Comune*. Por eso, ni los *síntomas patognomónicos ni los otros tienen valor pronóstico*. Sólo lo tiene la desintegración de esa función central apareciendo la demencia esquizofrénica, distinta de las demencias llamadas orgánicas.

La psicofarmacología actual nos ha planteado nuevos problemas en relación con la nosografía psiquiátrica y sobre los cuales quisiera llamar la atención, basado en mi propia experiencia clínica. Los síntomas señalados se desmantelan por los tratamien-

tos. Unas veces totalmente, otras sólo parcialmente.

Inmediatamente al tratamiento se observan esas alternativas clínicas. WEITBRECHT en 1966, usando el electrochoque, observó el cese de síntomas esquizofrénicos y la aparición de síntomas depresivos. En la clínica de Basilea, 51,5 por 100 de las psicosis maníaco-depresivas tratadas se convirtieron en esquizofrenias y a la larga el 15 por 100 mostraron síntomas esquizofrénicos. No es casi necesario recordar que ERDMAN, tratando depresivos con reserpina, vio desencadenarse una sintomatología psicótica de carácter endógeno.

Mi experiencia es, hasta ahora, la siguiente:

1.º Hay brotes esquizofrénicos en la juventud, que desaparecen totalmente. No sé si en la edad madura aparecerá una u otra manifestación, aunque en su vida, veinte años después del primer brote, no han aparecido. Los síntomas primarios *no son forzadamente de mal pronóstico*. En otros casos hay que admitir una *malignidad* de curso. Brotes típicamente esquizofrénicos han remitido hace varios años y los enfermos hacen su vida normal. Incluso contraen matrimonio, tienen hijos, trabajan normalmente, etcétera. La enfermedad, si existe, en el fondo no transparece. El hecho es más frecuente en mujeres que en hombres. El material de la clínica es en general numeroso. Hasta ahora hemos recogido 57 casos, en los que ha habido esa metablética entre esquizofrenia y depresión.

2.º Si se observa no con mucha frecuencia al esquizofrénico remitido, se le ve su trabajo con sus hijos, etc., es decir, remitidos. En otros, más tarde aparece un nuevo brote esquizofrénico, que en muchos casos se trata de nuevo brote que dura una semana, consiguiendo una nueva remisión. En otros casos han acudido a la clínica creyendo, tanto su médico como sus familiares, que la esquizofrenia ha reaparecido. Analizando detenidamente la sintomatología, se observa que no se trata si no de una fase depresiva endógena, que tratada con timolépticos la fase desaparece, a veces, sin in-

terrumpir su tarea. Instaurar un tratamiento neuroléptico en casos como esos constituye por parte del psiquiatra un grave error. De este grupo tenemos hasta ahora 46 casos.

3.º Hay formas crónicas de esquizofrenias que se mantienen en la vida familiar gracias al tratamiento con neurolépticos retard. Ultimamente usamos el palmitato de pipotiazina. Este tratamiento ha permitido que siga una vida propia de un esquizofrénico residual en su casa. En este último año decidí a los que vivían lejos aumentarles la dosis —por vía intramuscular— o mejor dicho inyectarlo dos veces al mes en lugar de una vez. Con gran sorpresa encontré que había mejorado extraordinariamente. Un muchacho de veinticuatro años que había tenido que abandonar sus estudios de ingeniero, se liberó de sus síntomas y reanudó sus estudios. En otro caso, un enfermo que la primera vez que acudió a la consulta mostraba un cuadro residual esquizofrénico que le retuvo durante cuatro años en una clínica psiquiátrica pudiendo regresar a su vida familiar. Cada dos meses acudió como tantas otras veces a la consulta. En abril se iban al campo y no volvían hasta septiembre. Al entrar me llamó la atención su aspecto, sus muestras de actividad. Una larga conversación tuvo lugar en la que se plantearon los problemas fundamentales de su vida, por ejemplo, la vejez de sus padres, con quienes vivía, y el peligro de quedarse solo, etc... Antes era muy difícil entablar una conversación con continuidad y sentido con él.

Como éste podría citar varios casos más en estos dos años últimos en los que con la frecuencia debida hemos doblado las dosis de los neurolépticos retard, agregándole algunas pequeñas dosis de algún antiparkinsoniano.

4.º En algunos casos que han tenido una esquizofrenia aparecen en el ambulatorio, de tiempo en tiempo, porque la familia tiene miedo a una recaída. El enfermo por el contrario parece estabilizado, si bien

sobre una base depresiva que mejora con pequeñas dosis de timolépticos (19 casos).

Estos hechos lo que demuestran es la existencia de una metablética o patomorfo-sis en los cuadros clínicos de este tipo. En la histeria existe una metablética, es decir, una variación en su modo de manifestarse. Si es suave y no espectacular se piensa que no es tal histeria, sino trastorno psicoso-mático, pero de vez en cuando explota en un hospital en el que recientemente ingresan 50 *enfermos* que fueron diagnosticados de una enfermedad viral hasta que los médicos se convencieron de que se trataba de 50 histéricos.

Es posible que esquizofrenias tratadas inmediatamente aparezcan en el ambulatorio o en la clínica con patomorfo-sis depresivas. Una clínica psiquiátrica activa y bien montada es una caja de sorpresas. Así he podido describir con J. J. LÓPEZ-IBOR ALIÑO los equivalentes depresivos que aparecen en forma de una meralgia parestésica, evitando a los enfermos una operación inútil y otra multiplicidad de cuadros neurológicos y psiquiátricos sin lesión real, pero que a veces inutilizan a un enfermo, de lo cual le hemos librado con fármacos antidepresivos.

RESUMEN

En este artículo se analizan las diversas posibilidades que pueden determinar esta transformación, desde el punto de vista genético y psicopatológico.

SUMMARY

In this paper some possibilities who can determine these transformation from genetical and psychopathological point of view are analysed.

RESUME

On analyse dans cet article les différents possibilités qui peuvent déterminer la transformation dont l'article est objet, non seulement du point de vue génétique mais aussi psychopathologique.

