

Evolución histórica del tratamiento de la psicosis maniaco depresiva

DR. Edmundo Gutiérrez Agramonte (11)

En el transcurso de los siglos, los estados depresivos no siempre han sido reconocidos como tales, pues habiendo sido vistos a través del color de las ideas filosóficas imperantes, fueron bautizados en ocasiones con variados nombres y atribuidos a distintas causas generalmente de naturaleza animista mágica.

Así el teólogo Johannes Cassianus describió en el siglo V de nuestra era la "acedía" que luego fue reconocida por Santo Tomás de Aquino y todo el grupo de escolásticos. Acedía es una voz tomada del griego en el que significaba "apatía".

Casiano llamó luego a la acedía "taedium", (affinis tristitiae), vecino de la tristeza; pero vaya como se producía con frecuencia una exacerbación de los síntomas por el mediodía, Casiano creía que se debía al demonio del medio día *idaemonium meridianum* del Salmo).

El "splint" de los ingleses y de los franceses fue igualmente un término acuñado para designar estos estados depresivos de variada naturaleza.

La relación y la confusión imperante en cuanto a los llamados sentimientos de

aburrimiento y melancolía en aquel entonces y ahora será motivo de otro trabajo.

Si ha sido evidente el hecho de la influencia decisiva de la melancolía en las concepciones filosóficas y religiosas de todos los tiempos. Sirvanos de ejemplo la filosofía existencialista de Soren Kierkegaard, y sus continuadores, Martín Heidegger y J. Paul Sartre, completamente teñida e impregnada de depresión, en cuyos escritos puede el estudioso encontrar descripciones magistrales tanto del estado de excitación maniaco como melancólico⁹. Bien es verdad que en la vida de este filósofo danés hubo un acontecimiento notable, la ruptura de su pasión amorosa por Regina Olsen, que influyó en el curso de su vida, en su melancolía, y en su producción filosófica.

Se ha dicho que la historia de una ciencia es la ciencia misma; y que solo es ciencia aquel conjunto de conocimientos ciertos que son el producto de la observación o experimentación y que conllevan a verdades objetivas, y al conocimiento de las leyes objetivas de los fenómenos¹⁰. Sólo mencionaré, brevemente y a grandes rasgos, la historia del tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva y estados afines, pues el tiempo de que dispongo aquí lo exige.

11 Psiquiatra Jefe de Servicio del Hospital Nacional de Dementes.

En la antigua Grecia, la medicina citaba íntimamente ligada a la religión, y todo dependía de los dioses. Los sacerdotes encargados de curar las enfermedades utilizaban el rito del sueño sagrado o de la incubación, en el que el enfermo se acostaba a dormir cerca de la estatua del dios Asclepio, quien le comunicaba de un modo simbólico durante sus ensueños el camino que debía seguir para la curación, y que luego era interpretado por los sacerdotes del templo, que se lo aclaraban. Es indudable que la psiquiatría como ciencia nació en la cultura griega, pues fueron los griegos los primeros en enfocar la patología mental de un modo objetivo y experimental. Atribuyeron la melancolía a la acumulación de la bilis negra, de ahí su nombre, y como era lógico a la expulsión de esta bilis concentraron sus esfuerzos.

Utilizaban el eléboro en forma de purgante; la mandrágora, en dosis tóxicas cuando había ideas suicidas y utilizaban ampliamente la sangría.^{1,2}

Las trepanaciones realizadas por el hombre primitivo para el tratamiento de la melancolía; la llamada operación de extracción de la piedra de la locura, creencia y práctica tan extendida en la Edad Media³, y la reciente leucotomía de De Egas Moniz, de Lisboa y sus variantes modernas, aunque con distintos fundamentos o creencias cada una de ellas, han sido tratamientos de las psicosis en distintas épocas. La leucotomía se encuentra casi como actualmente abandonada al tratamiento de algunas melancolías rebeldes.

Desde 1700 se utilizó la hidroterapia en el tratamiento de la excitación maníaca; también el shock emocional del baño por sorpresa, y de los distintos tipos de sillas giratorias⁴.

No deben considerarse como tratamiento de esta enfermedad ni las torturas ni la hoguera a la que raras veces iban a dar estos enfermos durante la Edad Media, por el gran predominio que tuvo la demonología en la religión de este tiempo.

Es en 1917 cuando Wagner Von Jauregg introduce la malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general, que sirvió de fundamento a la peritoterapia; sin embargo, las observaciones iniciales sobre las infecciones y la locura débense a Hipócrates, quien relató que muy a menudo un ataque melancólico o de otra psicosis era terminado por una enfermedad febril intercurrente; igualmente Hipócrates observó la acción de las convulsiones tenidas por varios motivos sobre la melancolía y sobre algunas otras psicosis.

Fueron los árabes los introductores del opio en el tratamiento de la melancolía, en virtud del efecto euforizante que el mismo tenía en los sujetos normales; y esta forma de tratamiento ha llegado hasta nuestros días.

Igualmente, la original cura del sueño de Klaesi y la hibernoterapia, más reciente, con semejantes fundamentos, se han aplicado en el tratamiento de los estados de excitación maníaca o de otra naturaleza, así como también en la melancolía. En el año 1935 el profesor Von Meduna, con una creencia que luego resultó ser infundada, ideó el shock cardiazólico, que fue una etapa de progreso en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva. Pero a los pocos años, en 1938, el descubrimiento de Hugo Cerletti de la convulsoterapia eléctrica desplazó el tratamiento del shock cardiazólico, por el inconveniente de la angustia terrible que el mismo ocasionaba.

Es indudable que el advenimiento de la psicofarmacología representa una nueva era en psiquiatría, y un acontecimiento de importancia en el tratamiento de la psicosis. Puede afirmarse sin lugar a dudas que un paso de avance y progreso realizado en el tratamiento de la esquizofrenia y de la psicosis maniaco-depresiva, en los últimos veinte años, ha sido el descubrimiento de ciertos fármacos, que han demostrado una singular eficacia y especificidad en el tratamiento de estas afecciones, ampliando en cierto modo el armamento terapéutico con que se venía contando para el tratamiento de las mismas.

Los fundamentos doctrinales de la psicofarmacología son inamovibles, pues no hay lugar a dudas que todo proceso psíquico, aún los normales, son en el fondo procesos físico-químicos. Sólo hay enfermedades en lo corporal, en lo físico-químico. La contraposición clásica de lo psicógeno y lo orgánico no tiene razón de ser, como ya lo demostraré en otro trabajo,⁶ pues todo proceso psicógeno es en el fondo también orgánico, es decir físico-químico. Veamos un ejemplo, una parálisis psicógena de una extremidad. Se dirá: ¿que alteración físico-química interviene en esto cuando es algo puramente reversible y determinado de un modo psicológico?. Pues sí, si hay una alteración físico-química. La parálisis es una inhibición estática y segregada de un proceso motor; pero vaya, la inhibición es un proceso que ocurre una y mil veces en el sistema nervioso; ahora bien, el carácter patológico de la misma no es por ella en sí, sino por su localización anormal y segregación. Esto no quiere decir desde luego que no tenga utilidad el distinguir entre procesos psicógenos, es decir originados y mantenidos por medios puramente psicológicos, y procesos no psicógenos, determinados primariamente de otro modo.

La psicoterapia y la farmacoterapia no son procedimientos contrapuestos, ni deben excluirse mutuamente, sino por el contrario complementarse. Si bien teóricamente los límites del tratamiento farmacológico debían estar allí donde el factor causal primario es psicógeno, no resulta así muchas veces, pues algunos procesos de origen psicógenos son extraordinariamente rebeldes a la psicoterapia y es sólo el tratamiento medicamentoso quien puede traer algún alivio o mejoría, puramente sintomático.

Quede bien establecido, sin embargo, que en todos los procesos psicógenos el tratamiento de elección es la psicoterapia, y así mismo aún en muchos procesos que no son de origen psicógeno debe realizarse este proceder terapéutico, aunque ya aquí no como tratamiento causal, sino para ayudar a restablecer y readaptar al sujeto a su medio. Aquí nos referiremos de un modo predominante a la psicosis maniaco-depresiva y estados afines, y estimamos junto con el consenso general, que en esta psicosis el factor causal primario es una alteración físico-química, aunque se ignore hasta el presente cual es esta alteración.

En el tratamiento de la fase de excitación o manía de la psicosis maniaco-depresiva, la camisa de fuerza química, constituida por los barbitúricos, fue desplazada por el tratamiento convulsivante, con la ventaja de que este último hace en general desaparecer el brote o acortar la duración del mismo. Sin embargo, los neuropléjicos o atarácicos, en especial las fenotiazinas administradas en altas dosis por vía intramuscular y oral, constituyen un tratamiento adecuado en estos casos, en los que sus resultados son a menudo brillantes.

Téngase presente que para que el tratamiento convulsivante sea verdaderamente efectivo debe

administrarse diariamente, y a veces hacer dos o más en el mismo día, lo que representa un inconveniente para el mismo, pues el grado de confusión mental que causa es más intenso por el mayor número de aplicaciones su poco tiempo, que deben hacerse; además las fenotiazinas pueden administrarse por largo tiempo, mientras pasa el brote, sin inconvenientes de importancia.

Sin embargo, en muchos enfermos en que las fenotiazinas no producen una remisión, el electroshock que siendo el tratamiento adecuado para ellos. En nuestros días, en el tratamiento de los estados depresivos debemos considerar y hacer una evaluación crítica de los siguientes tratamientos: la psicoterapia, el electroshock, la iproniacida y sus derivados (inhibidores de la monoaminoxidasa), y el derivado del iminodibencilo, conocido como G22355, Tofranil o Imipramina.

La psicoterapia, que es el tratamiento etiológico de muchas depresiones reactivas, forma parte también del tratamiento de las demás depresiones, pero sin que se deba descansar en ella solamente para esperar la remisión de un caso, pues aquí 110 es tratamiento etiológico, y se debe limitar a ayudar al enfermo a adaptarse mejor a su ambiente y aconsejarlo debidamente para evitar las tensiones y situaciones de stress.

El tratamiento actual de los estados depresivos que goza de mayor predicamento es sin lugar a dudas el electroshock, tanto en su forma clásica con corriente alterna de 60 ciclos como sus variedades más recientes del llamado estímulo breve. Pero son muchos los que cogidos en la malla de los hábitos psicológicos, no ven que en sí el electroshock es un procedimiento cruel y

nocivo para las neuronas, pues se trasde una corriente de negatrones disparada a ciegas. Es indudable que se acerca el día en que algún colega dirá: ¡qué procedimientos más bárbaros tenían para tratar algunas psicosis!

El electroshock ocasiona una enfermedad, la contusión mental o reacción exógena de Uonhoefer, para curar otra enfermedad, y el hecho de que tenga eficacia curativa y lo indiquemos actualmente una y otra vez, no debe convertirnos en fanáticos del mismo, ni impedirnos ver sus riesgos inconvenientes ni limitaciones.

Veamos brevemente los aportes de la psicofarmacología. La iproniacida o Marsilid tiene realmente eficacia en el tratamiento de los estados depresivos, pero ocasiona efectos secundarios tan graves a veces que su empleo ha sido prohibido en los Hospitales del Estado de New York. Por otro lado, el comienzo de su acción antidepresiva tarda en aparecer generalmente varias semanas y en todo caso no es tan rápido como el del electroshock. Estos hechos invalidan a esta droga para considerarla como el tratamiento de elección o adecuado de las depresiones endógenas, pues además de los efectos secundarios peligrosos, habría el peligro de suicidio mientras comienza su efecto anti-depresivo.

No obstante, esta droga es especialmente eficaz en el grupo de las "depresiones atípicas" recientemente descrito por West y Daily¹⁰⁻⁷ y puede usarse en algunos enfermos bajo vigilancia especial del funcionamiento hepático.

Los derivados más modernos de la iproniacida, como el sulfato de dihidrógeno de fenelzina, conocido como Nardil o Alazine; la isocarboxida o Marplan; y la fenil-isopropil hidrazina o

Catron, si bien es cierto que son menos tóxicos que la iproniacida, y no tienen tanto peligro como ésta, la mayoría de los autores están de acuerdo en que su eficacia terapéutica es menos que la de ipromiacida.

Por ello estimo, que estas drogas, es decir, los derivados menos tóxicos son de utilidad y pueden emplearse cuando no hay peligro de suicidio y ha resultado ineficaz o hay intolerancia al Toíranil.

La reciente introducción en la terapéutica de los estados depresivos por el Profesor Von Kolin de un derivado del iminodibencilo, conocido como G-22355, Tofranil o Imipramina, ha movido el interés y la experimentación en este campo. Las investigaciones realizadas en Suiza, Alemania, Australia, Francia, Italia, Canadá, Cuba, Estados Unidos, España, México y otros países, todos concuerdan que el Tofranil o Imipramina, es eficaz por lo menos en el 70% de las depresiones endógenas; y que la mejoría se produce a los pocos días o semanas. Se recomiendan dosis que fluctúan de 100 a 150 mg, raramente más. Concuerdan también en que los efectos secundarios, el bien son muy frecuentes, resultan de poca importancia.

Nuestra experiencia actual se bastó en la experimentación de 150 enfermos tratados por mí. He utilizado, en general, de un modo predominante al inicio de la vía intramuscular en los enfermos hospitalizados con depresiones intensas, y la oral en los demás, utilizando dosis que han llegado a veces hasta 200 mg., que hemos disminuido cuando han mejorado o se han presentado efectos secundarios desagradables. En nuestra serie, en los casos favorables la mejoría franca se inició entre el segundo y séptimo día de haber iniciado el tratamiento; acortándose la

duración del brote de un modo franco. En las depresiones endógenas el porcentaje de remisión que de un 68% y en las melancolías involutivas un 59%. He tenido la oportunidad de utilizar el Tofranil en cuatro enfermos con equivalentes depresivos, que venían siendo tratados durante varios años bajo el diagnóstico de neuralgias, anorexia nerviosa, neurosis hipocondríaca etc. y los resultados han sido verdaderamente notables, teniendo todos ellos remisiones.

Un hecho interesante de la acción del Tofranil, tanto en los enfermos depresivos como en los que tenían equivalente y que habían perdido peso, es la rapidez con que lo recuperan, algunos inclusive a un promedio de diez libras mensuales durante los primeros meses de tratamiento. Otro hecho notable e interesante es la acción del medicamento en los casos del barbiturismo crónico, en los que siempre existe depresión y ansiedad. Sólo he tratado dos enfermos de esta afección de seis años de evolución, con un resultado verdaderamente notable, pues han podido prescindir de los barbitúricos con una facilidad extraordinaria, y lo que es más importante, han podido dormir sin tener necesidad de recurrir a ellos. Esta observación ya había sido señalada en el año 1959 por el Profesor Schneider de Iausana, en los enfermos adicto a los barbitúricos. Estimo que ella abre nuevos horizontes en general en los tratamientos de deshabitación y merece ensayarse.

La curación de los toxicómanos es difícil porque estos enfermos van o están en la toxicomanía buscando alivio a sus sufrimientos o falta de satisfacciones; es decir, que tienen una patología o desajuste previo de su personalidad. Todo tratamiento que no corrija esta patología está destinado al fracaso. Aquí la

psicoterapia tendría que modificar la dinámica emocional del sujeto, o dicho en términos de la escuela reiflexológica, su estereotipo dinámico, y esto es difícil, pues a menudo se trata de problemas del medio ambiente que están fuera de las posibilidades del psicoterapeuta modificar. Y de aquí la importancia del Tofranil o Imipramina, que a mi juicio modifica la dinámica emocional de estos enfermos en el sentido de que experimentan más satisfacción, o dicho de otro modo, hace desaparecer la depresión más o menos ligera que existe en todos estos adictos a las drogas. En cuanto a los efectos secundarios, en la gran mayoría de mis enfermos he encontrado los siguientes: sequedad de la boca, crisis sudorales, taquicardia, temblor fino de los dedos, mareos, somnolencia, que desaparecerían a los pocos días de tratamiento. Menos frecuente son la tumefacción adematosa en el sitio de las inyecciones, alucinosis visual, y cenestésica, esta última muy interesante, pues los enfermos relatan que les parece que caminan sobre colchones y que el piso está ondulado o inclinado, aun cuando ellos saben que no es así; también anafrodisia, impotencia, dificultad para iniciar la micción o retención urinaria, todos ellos de carácter transitorio, pues desaparecen rápidamente al disminuir el medicamento o administrar un derivado de la Ergotamina. La excitación psicomotora con euforia o agresividad también es rara y cede rápidamente a las fenotiazinas intramusculares debiendo disminuirse y no suspender el medicamento. No es nuestro propósito relatar todos los efectos secundarios que han sido descritos, sino solamente señalar los que hemos visto. Como algo excepcional citaré una lipotimia con hipotensión acentuada, y que sólo ha sido citada una vez en la literatura mundial.

Se trataba de una enferma del Dr. Carlos M. Jtlojas de 27 años, con una depresión reactiva. La lipotimia se presentó al tomar la primera tableta, por lo que más inen parece una reacción de idiosincrasia.

Síntomas de abstinencia. He tenido la oportunidad de observar repetidas veces que la suspensión brusca del medicamento ocasiona a las 24 ó 48 horas crisis de escatotríos, malestar general, náuseas y a veces vómito, solcos de calor; síntomas que no se producen cuando se procede a la suspensión lenta y gradual del medicamento.

Estimo, por tanto, que siendo el Toframil o Imipramina un medicamento eficaz y que actúa en general rápidamente (en nuestra serie entre dos y siete días), es decir con tanta rapidez como el electroshock y a veces más, sin tener los riesgos y efectos secundarios del mismo, debe considerarse como el tratamiento adecuado o de elección en las depresiones endógenas, ligeras y moderadas, en que no haya peligro de suicidio. En las depresiones graves debe considerarse al electroshock como el tratamiento adecuado por su inmediata actuación; no obstante, no habría inconveniente en someter a estos enfermos al Tofranil o Imipramina, pero a condición de observarlos de cerca y a menudo, hasta que hayan por lo menos mejorado lo suficiente.

Puede considerarse, pues que la introducción de Kuhn, en 1957, de este derivado del iminodibencilo en la terapéutica de los estados depresivos, ha sido el acontecimiento más importante en la terapéutica de esta psicosis y sus estados afines; en los últimos 20 años, es decir después de la aparición del electroshock de Hugo Cerletti.

El tratamiento de la melancolía desde su comienzo hace siglos hasta nuestros días no ha dejado de estar en el plano empírico, pues aun actualmente se desconoce la causa íntima de esta psicosis; sin embargo, ha habido un progreso indudable al hacer juicios valorativos de un tratamiento dado, pues además de haber más objetividad en los mismos, se usa un criterio estadístico, comparativo. Es de presumir que el esclarecimiento profundo del mecanismo de acción de las drogas llamadas timolépticas por Labhardt, dilucide la causa de la psicosis maniaco-depresiva y sitúe el tratamiento de la misma en un plano de terapia causal o etiológica, pues estas drogas actúan en un plano profundo del psiquismo, donde están los elementos primarios capaces de devolver al enfermo su alegría de vivir.

Resumen

Se hace una revisión histórica del tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva.

Se describe el advenimiento de una nueva era en psiquiatría: la psicofarmacología, pasando revista a sus fundamentos, importancia, alcance y limitaciones.

Se hace una evaluación crítica de las indicaciones y alcance de la psicoterapia.

El electroshock es considerado como el tratamiento que goza de mayor predicamento, pero se señalan sus inconvenientes, ventajas y limitaciones.

Se hace una estimación de las indicaciones de la iproniazida y sus derivados.

Se considera el derivado del iminodibencilo conocido como G-22355, Imipramina o Tofranil, exponiendo los resultados clínicos obtenidos por los principales investigadores europeos y americanos.

El autor da a conocer su experiencia clínica casuística y resultados en las depresiones y estados afines.

Concluye por último afirmando que la introducción de Kuhn en 1957 de este derivado del iminodibencilo en la terapéutica de los estados depresivos ha sido el acontecimiento más importante en el tratamiento de las depresiones en los últimos veinte años.

B I B L I O

- 1— GUTHRIE, D. Historia de la Medicina. Ed. Salvat. Barcelona 1947.
- 2— ACTAS CIBA. La Sangría No. 2. 1953.
- 3— SOLEJ y LEONHARD K. Manual de Psiquiatría. Morata. Madrid. 1953.
- 4— ALTSCHULE, M. D. Roots of Modern Psychiatry. Gruñe & Stratton. New York, 1957.
- 5— GUTIERREZ E. A. Esencia y Límites de la Psicoterapia. Archivos del Hospital Universitario. Vol. III, No. 2 Marzo-Abril, 1956.
- 6— KALINOWSKY and HOCH. Somatic Treatments in Psychiatry. Gruñe & Stratton. New York. 1961.

G R A F I A

- 7— WEST, E. D. and DALLY, P. J.: Effects of Iproniazid in depressive syndromes. Brit. Med. J. 1: 1941, and 2: 433, 1949.
- 8— REVERS, W. J.: Psicología del Aburrimiento. Revista de Occidente. Madrid. 1954.
- 9— SHCHEGLOV. Historia de la Filosofía. Ed. Pavlov. México.
- 10— ROSENTAL, M y IUDIN, P.: Diccionario Filosófico Abreviado Ed. Pueblos Unidos. Montevideo, 1959.