
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN CIEN AÑOS DE SOLEDAD. Ilustración mediante un caso clínico

Álex González Grau¹

RESUMEN

En la novela Cien Años de Soledad, de Gabriel García Márquez, se describen de manera clara y precisa cuadros clínicos completos de una amplia y completa gama de enfermedades mentales, entre los que destacan especialmente diversas manifestaciones de trastornos del humor, la mayoría de ellos en miembros de la familia protagonista del relato. En este texto se ilustran los estados de ánimo presentes en Cien años de soledad mediante uno de los ejemplos más representativos (5). Los trastornos del estado de ánimo, también conocidos como trastornos del humor, hacen parte de las enfermedades crónicas más frecuentes dentro de la población general (1). El más endémico de ellos es el trastorno depresivo mayor, el cual puede llegar a afectar hasta al 25% de la población adulta (1,2,3). En general, los trastornos del estado de ánimo se clasifican como trastornos depresivos y trastornos bipolares según su presentación clínica. La herencia desempeña un papel esencial en la génesis de estos trastornos, pero no puede desconocerse ni

subestimarse el papel del medio ambiente en su manifestación y evolución. En general, se acepta que los trastornos del estado de ánimo son un perfecto ejemplo acerca de cómo los trastornos mentales son la expresión de una serie de complejas interacciones que involucran la predisposición genética y el medioambiente en el que crezca cada individuo (4).

Palabras clave: Trastornos del ánimo, ánimo, literatura, medicina y literatura.

ABSTRACT

In Garcia Marquez's One hundred years of solitude, many distinct mental disorders are described by the author, being mood disorders most prominent, particularly in the leading characters. This paper illustrates mood disorders in One hundred years of solitude through discussing one of most outstanding examples of those (5). Mood disorders are among most frequent chronic mental disorders affecting general population (1). Most endemic mood

¹ MD, Psiquiatra, Universidad de Cartagena.

disorder, major depressive disorder affects up to 25% of adult population (1,2,3). Mood disorders are classified as bipolar disorders or depressive disorders regarding clinical features. Heritage plays a main role, but environmental factors cannot be ignored or underestimated in understanding both development and evolution of these disorders. It is recognized that mood disorders constitute a perfect example of how genetics and environment interact with each other in a complex fashion (4).

Key words: Mood disorders, mood, literature, medicine in literature.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo constituyen en conjunto las enfermedades psiquiátricas crónicas más frecuentes (1,2,6). Así mismo, hacen parte de las principales causas de enfermedad que afectan a la población general. El trastorno depresivo mayor es sin duda el de presentación más común; aqueja del 5% al 12% de los hombres y del 10% al 25% de las mujeres. El trastorno distímico, tipo de depresión leve, crónica e insidiosa, afecta alrededor del 4% de la población. Dentro del grupo de los trastornos bipolares, el trastorno bipolar I afecta al 1% de la población general, el bipolar II se da en aproximadamente el 0.5% y el trastorno ciclotímico en el 0.5% al 1.1% de la población (1,2,3,6).

Los trastornos del estado de ánimo pueden ser exclusivamente de características depresivas o presentar alternancia de síntomas depresivos y de síntomas maníacos. En el primer caso se denominan trastornos depresivos, mientras que en el segundo se conocen como bipolares. Los síntomas depresivos se refieren a aquellos cuadros clínicos caracterizados por estados de ánimo por debajo de lo normal; por ejemplo, tristeza; los síntomas

maníacos se refieren a los estados de ánimo por encima de lo normal; por ejemplo, euforia (2,3,7). Los trastornos depresivos más importantes por su frecuencia e impacto sobre la salud son el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Los trastornos bipolares más relevantes son el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico (3,6,8).

El trastorno depresivo mayor se diagnostica cuando se presentan episodios depresivos mayores cuyo origen no está en una enfermedad médica o en la exposición a una sustancia de cualquier tipo, sea recreativa, medicamentosa o tóxica, ni se expresan como parte de otra enfermedad mental. Estos episodios, a su vez, se caracterizan principalmente por los siguientes síntomas, sin que ellos les sean exclusivos ni patognomónicos: tristeza, irritabilidad, pérdida del interés y del placer, aumento o disminución del apetito y del peso corporal, alteraciones del sueño, agitación o lentitud excesiva, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, e ideas de muerte o de suicidio. La ansiedad es un síntoma muy frecuente en los trastornos depresivos, pero no se incluye entre los criterios diagnósticos; la ansiedad tiene su propio grupo de trastornos. Los episodios depresivos también pueden complicarse con alucinaciones, delirios y alteraciones motoras, entre otros síntomas. Los episodios depresivos mayores tienen una duración mínima de 2 semanas, en promedio duran 6 a 13 meses en ausencia de tratamiento, y producen malestar y deterioro funcional evidentes. En la mayoría de los pacientes los episodios son recurrentes (2,3,7).

El trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos leves, recurrentes, crónicos, los cuales se presentan la mayoría de los días durante al menos 2 años; consisten básicamente en los mismos síntomas del trastorno depresivo mayor, pero no se incluyen entre sus criterios

las ideas de muerte ni de suicidio, la agitación ni la lentitud; se anotan, en cambio, las ideas de desesperanza.

El trastorno bipolar I se caracteriza por la presencia de episodios maníacos que alternan con episodios depresivos, aunque aproximadamente el 10% de las personas afectadas presentan exclusivamente síntomas maníacos. Los episodios maníacos se manifiestan principalmente a través de la presencia de los siguientes hallazgos clínicos: ánimo eufórico, irritabilidad, aumento de la autoestima (lo que puede llegar a expresarse a través de delirios de grandiosidad), disminución de la necesidad de dormir, locuacidad, fuga de ideas o sensación de que las ideas aumentan, tendencia a distraerse fácilmente, aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades placenteras con alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, despilfarros, promiscuidad sexual, uso de alcohol u otras sustancias recreativas, etc.). Estos episodios tienen una duración de al menos una semana, y en promedio de unos tres meses en ausencia de tratamiento. Los episodios maníacos suelen acompañarse de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios. En la mayoría de los casos los episodios repiten. Es el más grave de los trastornos bipolares (2,3,8,9).

El trastorno bipolar II se caracteriza por la alternancia de episodios depresivos mayores con episodios hipomaníacos. Los episodios hipomaníacos presentan los mismos síntomas que los maníacos, pero son de menor severidad, duración y repercusión sobre el funcionamiento del individuo (2,3,8,9).

El trastorno ciclotímico se caracteriza por la presentación de episodios depresivos leves que se suceden con episodios hipomaníacos y con períodos de normalidad, durante un período de al

menos dos años de enfermedad. Sin embargo, los intervalos asintomáticos no deben ser superiores a dos meses (8,9).

Como se ha mencionado, algunos trastornos del ánimo pueden complicarse con síntomas psicóticos y con síntomas motores. Los síntomas psicóticos por excelencia son los delirios y las alucinaciones. Un delirio es básicamente una creencia errónea irreducible a pesar de la evidencia presentada en contra. Una alucinación es en esencia una respuesta perceptiva sin un estímulo sensorial que la desencadene. Pueden ser visuales, auditivas, olfatorias, gustativas o táctiles, entre otras. Las alucinaciones y los delirios pueden ser, según su contenido, congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Serán congruentes con el estado de ánimo en un paciente deprimido aquellos delirios de culpa, ruina, desesperanza y muerte, entre otros. En un paciente maníaco, por el contrario, serán congruentes con el ánimo los delirios de grandiosidad o de poder, por ejemplo. Se aplica el mismo concepto a las alucinaciones; una voz que le diga a un deprimido que debe suicidarse guarda relación con el estado de ánimo, así como una que le diga a un maníaco que es el príncipe de Inglaterra. Los delirios y las alucinaciones no congruentes no guardan relación con el estado de ánimo, suelen ser extravagantes (poco probables de ocurrir en la vida real) y se relacionan con peor pronóstico. Los síntomas motores o catatónicos van del extremo de la inhibición al de la agitación, pasando por peculiaridades de los movimientos voluntarios (2,3,7,8).

Aunque no se han dilucidado completamente la etiología ni la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo, es ampliamente reconocido el papel que juega la genética y su transmisión familiar (4,13,15,16,17). En general se puede hablar de dos grandes grupos de factores involucrados. En una cara de la moneda están los factores biológicos, entre ellos los genes. En la otra se hallan los fac-

tores psicosociales, como las pérdidas afectivas y el estrés severo, por citar dos ejemplos. En el caso de los trastornos del humor, puede aceptarse que probablemente no se hereda la enfermedad como tal sino la predisposición a padecerla. En dado caso, serían los estresores psicosociales los responsables de desencadenar el padecimiento en aquellas personas que hayan heredado dicha propensión. La vida determinará finalmente que se presente la enfermedad o no, pero se necesita una carga genética que lo permita. La presentación de la enfermedad dependerá, por tanto, de la interacción de factores intrínsecos al individuo y de lo que su existencia le depara (18,20).

Los antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo son más frecuentes en las personas afectadas de trastornos bipolares que en las que sufren de trastorno depresivo mayor. De igual manera, será más alta la probabilidad de que se presenten trastornos del humor en la descendencia de alguien afectado por un trastorno bipolar que en aquella del que padece un trastorno depresivo (4,10,11).

En la novela Cien Años de Soledad, de Gabriel García Márquez, se describen de manera clara y precisa cuadros clínicos completos de diversas manifestaciones de enfermedades mentales, entre los que llaman la atención, por su frecuencia y gravedad, los trastornos del estado de ánimo, la mayoría de los cuales se encuentran en miembros de la familia Buendía, protagonistas de la obra. En ellos encontramos, a su vez, diversos tipos de alteraciones del humor, desde trastornos depresivos hasta bipolares, y de menor a mayor severidad en ambos casos. En este artículo se ilustra mediante un caso clínico la presencia de trastornos del estado de ánimo en la familia Buendía. Para este fin se ha seleccionado la biografía de uno de los personajes principales. Se trata de José Arcadio Buendía, cónyuge de Úrsula Iguarán, fundador de

Macondo y generador de la estirpe que llevará su apellido hasta la destrucción del pueblo (5).

Debe aclararse que deliberadamente se omite anotar al pie o citar con el número de las páginas de referencia de Cien años de soledad. Este ensayo va dirigido de manera principal, pero no exclusiva, a quienes hayan leído la obra, pues sólo con una visión de todo el contexto puede apreciarse realmente lo sugerido por el autor de este estudio. Además, aunque parezca paradójico, tampoco sería práctico para el lector.

MATERIALES Y MÉTODOS

Lectura de de la novela Cien años de soledad, de Gabriel García Márquez. Revisión de los criterios diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo del DSM IV TR y de la CIE 10. Revisión bibliográfica de los aspectos clínicos y genéticos de los trastornos del estado de ánimo.

Casco clínico: Trastorno bipolar I: José Arcadio Buendía, el patriarca juvenil, fundador de Macondo: el rey.

Hombre inteligente, práctico, dotado de un sentido común y una capacidad de liderazgo excepcionales, a medida que avanza el relato su sentido de realidad y de lo útil va siendo progresiva e inexorablemente reemplazado por la búsqueda de lo utópico y por el contacto exclusivo con lo imaginario. Respecto a sus características innatas podemos citar literalmente: “*Al principio, José Arcadio Buendía era una especie de patriarca juvenil, que daba instrucciones para la siembra y consejos para la crianza de niños y animales, y colaboraba con todos, aun en el trabajo físico, para la buena marcha de la comunidad. Puesto que su casa fue desde el primer momento la mejor de la aldea, las otras fueron arregladas a su imagen y semejanza*” (5).

Sin embargo, cada contacto con las maravillas traídas a Macondo por los gitanos desembocaba en un episodio de exaltación. Por ejemplo, para la época en que conoció el imán, “José Arcadio Buendía, cuya desaforada imaginación iba siempre más lejos que el ingenio de la naturaleza, y aun más allá del milagro y la magia, pensó que era posible servirse de aquella invención inútil para desentrañar el oro de la tierra”. “Muy pronto ha de sobornarnos oro para empedrar la casa”, afirmó a su mujer. “Durante varios meses se empeñó en demostrar el acierto de sus conjeturas. Exploró palmo a palmo la región, inclusive el fondo del río, arrastrando los dos lingotes de hierro y recitando en voz alta el conjuro de Melquíades” (5). Desde este momento pueden apreciarse claramente dos síntomas: ideas de grandiosidad y aumento de la actividad dirigida a metas (2,3,7). Estos hallazgos se apartan claramente de la conducta habitual en José Arcadio Buendía; de hombre creativo, emprendedor y líder de la aldea, pasa a preocuparse exclusivamente por una empresa delirante.

Lo que puede considerarse el segundo episodio de enfermedad se presenta cuando conoce el catalejo y la lupa. José Arcadio Buendía le devuelve al gitano Melquíades los imanes y le añade tres piezas de oro colonial de la herencia de su mujer, Úrsula Iguarán, a cambio de una lupa, tras lo cual “...concibió la idea de utilizar aquel invento como un arma de guerra...”; “...entregado por entero a sus experimentos tácticos con la abnegación de un científico y aun a riesgo de su propia vida. Tratando de demostrar los efectos de la lupa en la tropa enemiga, se expuso él mismo a la concentración de los rayos solares y sufrió quemaduras que se convirtieron en úlceras y tardaron mucho tiempo en sanar. Ante las protestas de su mujer, alarmada por tan peligrosa inventiva, estuvo a punto de incendiar la casa. Pasaba largas horas en su cuarto, haciendo cálculos sobre las posibilidades estratégicas de

su arma novedosa, hasta que logró componer un manual de una asombrosa claridad didáctica y un poder de convicción irresistible. Lo envió a las autoridades acompañado de numerosos testimonios sobre sus experiencias y de varios pliegos de dibujos explicativos...” (5). Nuevamente es evidente en la descripción el aumento de la actividad intencional, acompañada de una prospección delirante. La capacidad persuasiva está basada, por supuesto, en su inteligencia natural, pero también en el aumento de la autoestima y de la producción de ideas que se dan en los estados de elevación del humor (2,3,7).

A continuación José Arcadio Buendía recibe de Melquíades unos mapas portugueses y varios instrumentos de navegación, lo que desata una nueva crisis, aunque no hay una clara evidencia de que haya salido realmente de la anterior. “José Arcadio Buendía pasó los largos meses de lluvia encerrado en un cuartito que construyó en el fondo de la casa para que nadie perturbara sus experimentos. Habiendo abandonado por completo las obligaciones domésticas, permaneció noches enteras en el patio vigilando el curso de los astros, y estuvo a punto de contraer una insolación por tratar de establecer un método exacto para encontrar el mediodía. Cuando se hizo experto en el uso y manejo de sus instrumentos, tuvo una noción del espacio que le permitió navegar por mares incógnitos, visitar territorios deshabitados y trabar relación con seres espléndidos, sin necesidad de abandonar su gabinete. Fue ésa la época en que adquirió el hábito de hablar a solas, paseándose por la casa sin hacer caso de nadie...”. “De pronto, sin ningún anuncio, su actividad febril se interrumpió y fue sustituida por una especie de fascinación. Estuvo varios días como hechizado, repitiéndose a sí mismo en voz baja un sartal de asombrosas conjeturas, sin dar crédito a su propio entendimiento” (5). En estas descripciones el autor nos habla, además de aludir a otros síntomas, de una prolongada vigilia, lo

que en términos psicopatológicos se conoce como disminución de la necesidad de dormir. A diferencia de lo que ocurre en los estados de insomnio, en los cuales el enfermo desea conciliar o mantener el sueño y acusa el agotamiento producto de la ausencia de descanso, en los estados de disminución de la necesidad de dormir la persona afectada se restablece con muy pocas horas de sueño, como su nombre lo indica, y puede pasar días enteros sin que la falta de reposo merme su actividad motora ni el empeño depositado en el logro de sus metas. Se advierten, así mismo, delirios, alucinaciones visuales y auditivas complejas, soliloquios, aumento evidente de la actividad intencional, y deterioro de sus obligaciones laborales y familiares (2,19). Finalmente su descubrimiento acerca de la redondez de la tierra resultó acertado, lo cual no aleja que el proceso por el cual llegó a su lúcida conclusión lo haya apartado de su funcionamiento normal.

Posteriormente José Arcadio Buendía recibe de Melquíades como regalo un laboratorio de alquimia y la revelación de fórmulas simples para doblar el oro. La ideación fija dirigida hacia este objetivo orientó inquebrantablemente su voluntad durante varias semanas, con la nefasta consecuencia de que el único resultado fue el de haber acabado con la herencia de su mujer. *“Úrsula cedió, como ocurría siempre, ante la inquebrantable obstinación de su marido”* (5).

De todas maneras José Arcadio Buendía olvida este fracaso cuando queda deslumbrado con la dentadura postiza de Melquíades. *“Aquello le pareció a la vez tan sencillo y prodigioso, que de la noche a la mañana perdió todo interés en las investigaciones de alquimia; sufrió una nueva crisis de mal humor, no volvió a comer en forma regular y se pasaba el día dando vueltas por la casa. «En el mundo están ocurriendo cosas increíbles - le decía a Úrsula -. Ahí mismo, al otro lado del río, hay toda clase de*

aparatos mágicos, mientras nosotros seguimos viviendo como los burros». Quienes lo conocían desde los tiempos de la fundación de Macondo, se asombraban de cuánto había cambiado bajo la influencia de Melquíades” (5). Nuevamente son apreciables los síntomas anotados. Sin embargo, aunque en todos los episodios de su enfermedad es evidente el incremento del estado de ánimo, en esta ocasión la alteración se presenta a manera de una variable frecuentemente observada dentro de los trastornos del humor, la irritabilidad (2,3,7).

La irritabilidad es un síntoma bastante frecuente e importante dentro de los trastornos del estado de ánimo. De hecho, puede sustituir tanto a la euforia como a la tristeza como criterio diagnóstico de las alteraciones del humor, y en este sentido se erige como un pilar alternativo para el diagnóstico de estas enfermedades. Por ejemplo, los maníacos y los depresivos pueden tornarse irritables, en vez de estar respectivamente eufóricos o tristes, como con buen juicio podría esperarse.

Como se ha enfatizado, todos estos comportamientos distan marcadamente de lo habitual en el proceder de José Arcadio Buendía tal como se describe para la época en que fundó Macondo: *“José Arcadio Buendía, que era el hombre más emprendedor que se vería jamás en la aldea, había dispuesto de tal modo la posición de las casas, que desde todas podía llegarse al río y abastecerse de agua con igual esfuerzo, y trazó las calles con tan buen sentido que ninguna casa recibía más sol que otra a la hora del calor”.* Sin embargo, *“...aquel espíritu de iniciativa social desapareció en poco tiempo, arrastrado por la fiebre de los imanes, los cálculos astronómicos, los sueños de transmutación y las ansias de conocer las maravillas del mundo. De emprendedor y limpio, José Arcadio Buendía se convirtió en un hombre de aspecto holgazán,*

descuidado en el vestir, con una barba salvaje que Úrsula lograba cuadrar a duras penas con un cuchillo de cocina. No faltó quien lo considerara víctima de algún extraño sortilegio. Pero hasta los más convencidos de su locura abandonaron trabajo y familias para seguirlo, cuando se echó al hombro sus herramientas de desmontar, y pidió el concurso de todos para abrir una trocha que pusiera a Macondo en contacto con los grandes inventos” (5). Repetidamente se muestra el indiscutible y progresivo cambio sufrido por José Arcadio Buendía a medida que su padecimiento avanza. La descripción que se hace del abandono de sus intereses y virtudes esenciales, así como el descuido en su presentación personal, son buena muestra del deterioro sufrido a causa de la enfermedad. Pero, aunque cause asombro, también es indicio de ésta su capacidad de convicción. En efecto, por lo general el maniaco es contagioso y capaz de establecer empatía con quienes le rodean (2,3,7).

Durante un remanso de normalidad José Arcadio Buendía se dedicará a la educación de sus hijos, tarea en la que depositará todo su empeño. De todas maneras, en esta época de relativa cordura nuevamente la imaginación le lleva a “alucinantes sesiones” pedagógicas en las cuales no siempre es clara la frontera entre el contenido real y lo fantástico. Esta etapa se verá interrumpida cuando José Arcadio Buendía conoce el hielo y fantasea con la construcción de un Macondo invernal. Afortunadamente, la dedicación depositada en la educación de sus hijos hace que desista de la empresa, y permite que la situación no progrese más allá de lo que podríamos interpretar como un discreto aumento en la generación de ideas (5).

Es para la época en la cual José Arcadio Buendía decide entregarse a la instrucción de sus

hijos cuando se presenta la peste del insomnio. A pesar de todo lo que se ha dicho y discutido sobre el significado histórico y social del insomnio en Cien Años de Soledad, la descripción que se hace acerca de la conducta de los afectados, aunque generalizada a todo el pueblo, coincide con la disminución de la necesidad de sueño que suele observarse en el paciente maniaco (3,19): “No durmieron un minuto, pero al día siguiente se sentían tan descansados que se olvidaron de la mala noche”(5). A diferencia de lo que ocurre en la persona afectada por insomnio, la cual se levanta estragada por la carencia de descanso, en la situación mencionada el individuo no experimenta la urgencia de dormir. “Se alegraron de no dormir, porque entonces había tanto que hacer en Macondo que el tiempo apenas alcanzaba” (5). De igual manera, otra vez se hace patente el aumento en la actividad intencional, acompañada de los planes delirantes de José Arcadio, quien “decidió entonces construir la máquina de la memoria que una vez había deseado para acordarse de los maravillosos inventos de los gitanos. El artefacto se fundaba en la posibilidad de repasar todas las mañanas, y desde el principio hasta el fin, la totalidad de los conocimientos adquiridos en la vida. Lo imaginaba como un diccionario giratorio que un individuo situado en el eje pudiera operar mediante una manivela, de modo que en pocas horas pasaran frente a sus ojos las nociones más necesarias para vivir. Había logrado escribir cerca de catorce mil fichas...” (5).

Sin embargo, hasta este momento la enfermedad no se ha manifestado en toda su gravedad. José Arcadio Buendía recibirá un regalo de Pietro Crespi, pretendiente de su hija Rebeca. “José Arcadio Buendía consiguió por fin lo que buscaba: conectó a una bailarina de cuerda el mecanismo

¹ Prudencio Aguilar falleció a manos de José Arcadio Buendía en medio de lo que se consideró un duelo de honor. Las apariciones sucesivas de su fantasma hicieron que José Arcadio Buendía tomara la decisión de emprender el éxodo que terminó con la fundación de Macondo.

del reloj, y el juguete bailó sin interrupción al compás de su propia música durante tres días. Aquel hallazgo lo excitó mucho más que cualquiera de sus empresas descabelladas. No volvió a comer. No volvió a dormir. Sin la vigilancia y los cuidados de Úrsula se dejó arrastrar por su imaginación hacia un estado de delirio perpetuo del cual no se volvería a recuperar. Pasaba las noches dando vueltas en el cuarto, pensando en voz alta, buscando la manera de aplicar los principios del péndulo a las carretas de bueyes, a las rejas del arado, a todo lo que fuera útil puesto en movimiento. Lo fatigó tanto la fiebre del insomnio, que una madrugada no pudo reconocer al anciano de cabeza blanca y ademanes inciertos que entró en su dormitorio. Era Prudencio Aguilar¹» (5). Desde este momento José Arcadio Buendía perderá para siempre el sentido de realidad.

A los síntomas antes descritos se añaden una percepción y una interpretación delirantes de la realidad. *“José Arcadio Buendía conversó con Prudencio Aguilar hasta el amanecer. Pocas horas después, estragado por la vigilia, entró al taller de Aureliano y le preguntó: «¿Qué día es hoy?» Aureliano le contestó que era martes. «Eso mismo pensaba yo -dijo José Arcadio Buendía-. Pero de pronto me he dado cuenta de que sigue siendo lunes, como ayer. Mira el cielo, mira las paredes, mira las begonias. También hoy es lunes. » Acostumbrado a sus manías, Aureliano no le hizo caso. Al día siguiente, miércoles, José Arcadio Buendía volvió al taller. «Esto es un desastre -dijo-. Mira el aire, oye el zumbido del sol, igual que ayer y anteayer. También hoy es lunes» (5). En este punto del relato se dejan apreciar elementos depresivos, como son la tristeza, las ideas de desesperanza y los sentimientos de soledad y de desamparo, todo enmarcado dentro de un contexto delirante (2,3,7): “Esa noche, Pietro Crespi lo encontró en el corredor, llorando con el llantito sin gracia de los viejos,*

llorando por Prudencio Aguilar, por Melquíades, por los padres de Rebeca, por su papá y su mamá, por todos los que podía recordar y que entonces estaban solos en la muerte. Le regaló un oso de cuerda que caminaba en dos patas por un alambre, pero no consiguió distraerle de su obsesión. Le preguntó qué había pasado con el proyecto que le expuso días antes, sobre la posibilidad de construir una máquina de péndulo que le sirviera al hombre para volar, y él contestó que era imposible porque el péndulo podía levantar cualquier cosa en el aire pero no podía levantarse a sí mismo. El jueves volvió a aparecer en el taller con un doloroso aspecto de tierra arrasada. «¡La máquina del tiempo se ha descompuesto -casi sollozó- y Úrsula y Amaranta tan lejos!» Aureliano lo reprendió como a un niño y él adoptó un aire sumiso” (5).

Esta interpretación delirante de la realidad habría de desembocar en un cuadro bastante frecuente en los pacientes afectados de trastorno bipolar, la agitación psicomotora: *“... (José Arcadio Buendía) pasó seis horas examinando las cosas, tratando de encontrar una diferencia con el aspecto que tuvieron el día anterior, pendiente de descubrir en ellas algún cambio que revelara el transcurso del tiempo. Estuvo toda la noche en la cama con los ojos abiertos, llamando a Prudencio Aguilar, a Melquíades, a todos los muertos, para que fueran a compartir su desazón. Pero nadie acudió. El viernes, antes de que se levantara nadie, volvió a vigilar la apariencia de la naturaleza, hasta que no tuvo la menor duda de que seguía siendo lunes. Entonces agarró la tranca de una puerta y con la violencia salvaje de su fuerza descomunal destrozó hasta convertirlos en polvo los aparatos de alquimia, el gabinete de daguerrotipia, el taller de orfebrería, gritando como un endemoniado en un idioma altisonante y fluido pero completamente incomprensible. Se disponía a terminar con el resto de la casa cuando Aureliano pidió ayuda a los vecinos. Se necesitaron diez*

hombres para tumbarlo, catorce para amarrarlo, veinte para arrastrarlo hasta el castaño del patio, donde lo dejaron atado, ladrando en lengua extraña y echando espumarajos verdes por la boca” (5).

A estas alturas el deterioro personal sufrido por José Arcadio Buendía a manos de la enfermedad ha alcanzado su máxima expresión: *“Cuando llegaron Úrsula y Amaranta todavía estaba atado de pies y manos al tronco del castaño, empapado de lluvia y en un estado de inocencia total. Le hablaron, y él las miró sin reconocerlas y les dijo algo incomprensible. Úrsula le soltó las muñecas y los tobillos, ulcerados por la presión de las sogas, y lo dejó amarrado solamente por la cintura. Más tarde le construyeron un cobertizo de palma para protegerlo del sol y la lluvia” (5).*

A pesar de lo avanzado de su enfermedad, los rasgos propios de su personalidad permanecen indemnes. En realidad el deterioro cognitivo sufrido por las personas afectadas de trastorno bipolar es menor que el encontrado en otras enfermedades psiquiátricas (2,3,7,21,22). José Arcadio Buendía continuó siendo obstinado, inteligente y dotado de sentido común, como se puede apreciar a partir de su interacción con el padre Nicanor, cura párroco de Macondo. *“Era tan terco, que el padre Nicanor renunció a sus propósitos de evangelización y siguió visitándolo por sentimientos humanitarios. Pero entonces fue José Arcadio Buendía quien tomó la iniciativa y trató de quebrantar la fe del cura con martingalas racionalistas. En cierta ocasión en que el padre Nicanor llevó al castaño un tablero y una caja de fichas para invitarlo a jugar a las damas, José Arcadio Buendía no aceptó, según dijo, porque nunca pudo entender el sentido de una contienda entre dos adversarios que estaban de acuerdo en los principios. El padre Nicanor, que jamás había visto de ese modo el juego de damas, no pudo volverlo a jugar. Cada vez más asombrado de la lucidez*

de José Arcadio Buendía, le preguntó cómo era posible que lo tuvieran amarrado de un árbol. -Hoc est simplicisimun -contestó él-: porque estoy loco. Desde entonces, preocupado por su propia fe, el cura no volvió a visitarlo, y se dedicó por completo a apresurar la construcción del templo” (5).

DISCUSIÓN

En José Arcadio Buendía podemos apreciar claramente la instalación y evolución de una alteración grave del humor, expresada en una persona hasta entonces inteligente, llena de simpatía y de habilidades sociales, y sin indicio alguno de perturbación mental (5,21). Su enfermedad progresa desde la hipomanía hasta la manía severa acompañada de síntomas psicóticos, y desemboca en un deterioro grave de sus facultades, hasta llegar a un estado de incapacidad para cuidarse a sí mismo y de desconexión total con la realidad. *“Úrsula lo atendía, le daba de comer, le llevaba noticias de Aureliano. Pero en realidad, la única persona con quien él podía tener contacto desde hacía mucho tiempo, era Prudencio Aguilar” (fallecido desde antes de la fundación de Macondo). De otro lado, como se aprecia en el párrafo anterior, su inteligencia se conserva, pero carece de sentido práctico, arriesgada y paradójica afirmación (22).*

José Arcadio Buendía padeció una enfermedad caracterizada principalmente por la presencia de episodios maníacos que alternaban con períodos de normalidad. Aunque en muchas ocasiones llegara a presentar síntomas psicóticos, los elementos que claramente dominan su trastorno son los síntomas manieformes, mientras que los psicóticos aparecen claramente como una complicación de la alteración del ánimo (2,3,7,9).

Los síntomas observados en José Arcadio Buendía representan con claridad la descripción

clásica de un trastorno bipolar I, enfermedad consistente en la manifestación de episodios maníacos que suelen alternar con crisis depresivas y con períodos de normalidad. Predominan en José Arcadio Buendía, sin embargo, los síntomas maníacos antes que los depresivos. Con frecuencia, José Arcadio Buendía presenta también síntomas psicóticos; es decir, alucinaciones y delirios. Su enfermedad se inicia en la juventud, con síntomas maníacos, los cuales se complicarán con los síntomas psicóticos mencionados, los cuales en su caso son congruentes con el estado de ánimo. Al principio, la enfermedad de José Arcadio Buendía sigue un curso episódico, con alternancia de episodios de enfermedad y épocas de vuelta a la normalidad y al funcionamiento habitual. Luego este curso se hace continuo, la enfermedad se hace crónica y desemboca en un estado de deterioro personal, social y laboral, hasta el extremo de dejarle incapacitado de por vida. Tal deterioro puede ocurrir en un porcentaje importante, hasta un tercio, de las personas afectadas por este trastorno (2,3,7,22). José Arcadio Buendía nunca se recuperaría. La muerte habría de hallarle a través de los cuartos infinitos por donde le guiaba Prudencio Aguilar, en completa desconexión con el mundo real.

Cómo hemos mencionado, el diagnóstico psiquiátrico más probable en José Arcadio Buendía es el de Trastorno bipolar I. La característica fundamental de esta afección es la presencia de episodios de características maníacas o mixtas, los cuales en la mayoría de los pacientes suelen alternar con episodios de características depresivas. Debe anotarse que la presencia exclusiva de episodios maníacos recibe el mismo diagnóstico (trastorno bipolar I). Entre los distintos episodios de enfermedad el paciente suele encontrarse en períodos de recuperación completa o parcial. La prevalencia de vida del trastorno bipolar I está

alrededor del 1%; se da con similar frecuencia en ambos sexos, en cualquier nivel socio económico y en todas las razas, y suele manifestarse en la juventud. Los síntomas, por supuesto, no deben explicarse por la presencia de otro trastorno psiquiátrico, por una enfermedad médica ni por el uso de sustancias. A pesar de que el hallazgo predominante en los trastornos bipolares consiste en las alteraciones del estado de ánimo, los episodios de enfermedad, tanto maníacos como depresivos, suelen complicarse con síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) y motores (agitación, síntomas catatónicos). Así mismo, los episodios depresivos pueden complicarse con síntomas atípicos (v.g. hipersomnio, hiperfagia) o melancólicos. La principal complicación del trastorno bipolar I es el suicidio, el cual es más frecuente en las fases depresivas y en las mixtas. Aunque el grado de recuperación interepisódica suele ser marcado en la mayoría de los pacientes, la progresión de la enfermedad suele asociarse a disminución de la duración del intervalo entre los episodios y a deterioro personal, social y ocupacional (2,3,7).

Como se ha mencionado, en la historia clínica de José Arcadio Buendía lo predominante fueron los episodios maníacos, posteriormente complicados con síntomas psicóticos. Aunque al inicio de la enfermedad retornaba a su funcionamiento habitual una vez superado cada episodio, esta recuperación completa fue viéndose menoscabada con el paso de las crisis y de los años, hasta involucrarse en un estado de deterioro progresivo que terminó por aislarlo completamente de la realidad. No es extraño este desenlace si consideramos que José Arcadio Buendía nunca recibió tratamiento para su trastorno mental (22).

El diagnóstico diferencial del trastorno bipolar I debe hacerse con un buen número de afecciones.

Entre los diagnósticos diferenciales más importantes están los trastornos del ánimo debidos a enfermedades médicas; éstos se diagnostican cuando los síntomas anímicos son debidos a las consecuencias fisiológicas de una enfermedad, decisión que se fundamenta en la anamnesis, el examen físico y las pruebas complementarias. En José Arcadio Buendía no encontramos indicio alguno de que padeciese alguna enfermedad física responsable de sus síntomas psiquiátricos (2,3,7).

Otro diagnóstico diferencial está en los trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias. Tampoco encontramos evidencias de que José Arcadio Buendía estuviese bajo los efectos de sustancias capaces de generar este tipo de síntomas. Es verdad que estuvo expuesto a los vapores de mercurio en su laboratorio, pero no esperaríamos estos síntomas en una intoxicación de este tipo (23,26,27). Además, su enfermedad se manifestó desde mucho antes de su ventolera de estudiar la alquimia; José Arcadio Buendía instaló su laboratorio durante el curso del cuarto episodio de enfermedad (5). Por si no bastase este argumento, los trastornos del estado de ánimo son habituales en su familia. Como hemos mencionado, estos antecedentes suelen ser frecuentes en los familiares de personas afectadas por trastorno bipolar I (2,3,7).

Respecto al diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales, a pesar de tratarse de una enfermedad mental grave, crónica y generadora de deterioro, el predominio de las alteraciones del estado de ánimo (específicamente síntomas maníacos) hace que se excluyan los diagnósticos de esquizofrenia y de trastorno esquizoafectivo; en el primero predominan claramente los

síntomas psicóticos sobre cualquier otro tipo de manifestaciones clínicas, mientras que en el segundo tanto los síntomas psicóticos como las alteraciones del humor dominan la enfermedad desde su instalación.

Por último, aunque José Arcadio Buendía se caracterizó por la concepción y ejecución de proyectos que se encontraban claramente por fuera de la realidad y de lo considerado normal, la abundancia y variedad de síntomas, así como el predominio de síntomas maníacos y el hecho de que los mencionados planes hayan sido una consecuencia de tales síntomas, excluyen el trastorno delirante. Este trastorno se caracteriza básicamente por la presencia de una idea delirante, la cual suele estar bien estructurada y ser creíble. Lo florido del cuadro de José Arcadio rechaza esta posibilidad diagnóstica.

En síntesis, mediante la biografía de José Arcadio Buendía se muestra claramente la historia natural del trastorno bipolar, incluyendo los **síntomas**, el curso y la evolución esperados en ausencia de tratamiento (2,3,7,22). Por supuesto, el hecho de no tratarse de una historia clínica formal hace que sea imposible demostrar con completa certeza cada uno de los criterios sustentados para llegar al diagnóstico. Sin embargo, es indudable que las narraciones son suficientemente descriptivas e ilustrativas como para servir de herramientas clínicas. Tal vez sin proponérselo, Gabriel García Márquez nos ha obsequiado a través de Cien años de soledad con varias de las mejores descripciones clínicas en la historia de la semiología psiquiátrica expresadas a través de la literatura.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association para Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

A.	Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco
B.	Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto
C.	<p>Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p><i>Codificar</i> el estado del episodio actual o más reciente</p> <p>Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos</p> <p>Grave con síntomas psicóticos</p> <p>En remisión parcial/en remisión total</p> <p><i>Especificar</i> (para el episodio actual o el más reciente):</p> <p>Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión</p> <p>Con síntomas catatónicos</p> <p>De inicio en el posparto</p> <p><i>Especificar:</i></p> <p>Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)</p> <p>Con patrón estacional</p> <p>Con ciclos rápidos</p>

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association para episodio maníaco.

A.	Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
B.	Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: <ol style="list-style-type: none"> 1. autoestima exagerada o grandiosidad 2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) 3. más hablador de lo habitual o verborreico 4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado 5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) 6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora 7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
C.	Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
D.	La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
E.	Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association para episodio depresivo.

<p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1, estado de ánimo depresivo o 2, pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás) 3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables 4. insomnio o hipersomnia casi cada día 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día 7. sentimientos de inutilidad o de culpa, excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p>D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p>
<p>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.</p>

Tabla 4. Criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association para episodio mixto

<p>A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.</p>
<p>B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.</p>
<p>C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).</p>

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepressivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece al doctor Darío Morón Díaz por su revisión del manuscrito.

REFERENCIAS

- Rihmer Z, Angst J. Mood Disorders: Epidemiology. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007. WHO, Genève, 2007.
- Kelsoe J. Mood Disorders: Genetics. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- García Márquez, Gabriel. Cien Años de Soledad, décimo tercera edición. Editorial Suramericana, Buenos Aires, 1969.
- World Health Organization (WHO). The world health report 2001, mental health: new understanding, new hope. Genève, 2001.
- Akiskal H. Mood disorders: clinical features. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- Zimmerman M, Ruggero C, Galione J, McGlinchey J, Dalrymple K, PhD, Chelminski I, Young D. Detecting Differences in Diagnostic Assessment of Bipolar Disorder. J Nerv Ment Dis 2010; 198: 339–342.
- Benazzi F. Mood patterns and classification in bipolar disorder. Curr Opin Psychiatry 2006; 19:1–8.
- Farmer A, Elkin A, McGuffin P. The genetics of bipolar affective disorder. Curr Opin Psychiatry 2007; 20:8–12.
- Piletz J, Zhang X, Ranade R, Liu C. Database of genetic studies of bipolar disorder. Psychiatr Genet 2010, 00:000–000.
- Hudson J, Javaras K, Laird N, VanderWeele T, Pope H, Hernán M. A Structural Approach to the Familial Coaggregation of Disorders. Epidemiology 2008;19: 431–439.
- Case–case genome-wide association analysis shows markers differentially associated with schizophrenia and bipolar disorder and implicates calcium channel genes. Curtis D, Vine A, McQuillin A, Bass N, Pereira A, Kandaswamy R, et al. Psychiatr Genet 2011; 21:1–4
- Buttenchøn H, Foldager L, Flint T, Olsen I, Deleuran T, Nyegaard M, et al. Support for a bipolar affective disorder susceptibility locus on chromosome 12q24.3. Psychiatr Genet 2010; 20:93–101.
- Byerley W, Badner J. Strategies to identify genes for complex disorders: a focus on bipolar disorder and chromosome 16p. Psychiatr Genet 2010; 00:000–000.
- Liu L, Foroud T, Xuei X, Berrettini W, Byerley W, Coryell W, et al. Evidence of association between brain-derived neurotrophic factor gene and bipolar disorder. Psychiatr Genet 2008; 18:267–274.
- Clayton-Smith J, Giblin C, Smith R, Dunn C and Willatt L. Familial 3q29 microdeletion syndrome providing further evidence of involvement of the 3q29 region in bipolar disorder. Clin Dysmorphol 2010; 19:128–132.
- Secolin R, Banzato C, Oliveira M, Bittar M, Santos M, Dalgarrondo P, Lopes-Cendes I. Family-based association study for bipolar affective disorder. Psychiatr Genet 2010; 20:126–129.
- Plante D, Winkleman J. Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. Am J Psychiatry 2008; 165:830–843.
- Van der Schot A, Vonk R, Brans R, Van Haren N, Koolschijn P, Nuboer V, et al. Influence of Genes and Environment on Brain Volumes in Twin Pairs Concordant and Discordant for Bipolar Disorder. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(2):142-151.
- Lonnqvist J, Verkasalo M, Haukka J, Nyman K, Tiihonen J, Laaksonen I, et al. Premorbid Personality Factors in Schizophrenia and Bipolar Disorder: Results From a Large Cohort Study of Male Conscripts. Journal of Abnormal Psychology. 118(2):418-423, May 2009.
- Gupta S, Steinmeyer Ch, Lockwood K, Lentz B, Schultz K. Comparison of older patients with bipolar disorder and schizophrenia/schizoaffective disorder. Am J Geriatr Psychiatry 2007; 15: 627–633.
- Rojas M, Drake P, Roberts S. Assessing Mercury Health Effects in Gold Workers Near El Callao, Venezuela. J Occup Environ Med. 2001; 43:158–165.
- Cherry D, Lowry L, Velez L, Cotrell C, Keyes C. Elemental mercury poisoning in a family of seven. Fam Community Health 2002; 24(4):1–8.
- Deschamps F, Strady C, Deslee G, Mencièrè-Faroy B, Deschamps S. Five years of follow-up after elemental mercury self-poisoning. Am J Forensic Med Pathol 2002; 23(2):170–172.
- Kales S, Goldman R. Mercury Exposure: Current Concepts, Controversies, and a Clinic's Experience. J Occup Environ Med. 2002; 44:143–154.
- Doherty M. The quicksilver prize: Mercury vapor poisoning aboard HMS Triumph and HMS Phipps. Neurology 2004; 62:963–966.
- González Grau, Álex. Los locos de Macondo: trastornos mentales en Cien años de soledad. Sin publicar.

Recibido: Marzo 29, 2011.

Aceptado: Mayo 30, 2011.

Correspondencia: algog18@yahoo.com