

**Drogas  
psicoterápicas.  
Consideraciones  
Generales.**

**MARIO FUENTES.**

**E**L USO DE LAS DROGAS para el tratamiento de las enfermedades mental no es nuevo; los efectos calmantes del opio son conocidos desde la antigüedad. El uso de los sedativos, como el paraldehído, el cloral y los barbitúricos son de adquisición más reciente. Estas drogas (Overholser, pag. 13. Coloquio internacional sobre Cloropromazine) estuvieron en boga y algunas de ellas aún no desaparecen, pero tienden a ser desplazadas por las actuales drogas ataráxicas, tranquilizadoras, euforizantes, antifóbicas; algunas de acción despejante, tan indispensables en los estados subjetivos como la indeseable despersonalización. Las drogas, anteriormente mencionadas, como los barbitúricos por ejemplo, tienen una acción evidentemente sedativa, pero con el inconveniente de producir una alteración en el nivel de claridad mental, produciendo somnolencia, ligero estado de conciencia oníroide, que no permitiría una subjetiva eficiencia en el rendimiento intelectual; la obnubilación barbitúrica, viene siendo un efecto indeseable que ha restringido a este tipo de sedantes su uso y que sin embargo la humanidad, ha recurrido a ellas, con el fin de atenuar su angustia, de conseguir una somnolencia que le permita transitoriamente una evasión de la realidad. Por este mismo mecanismo de escape ante los severos conflictos intrínsecos la mente o extrínsecos, con el medio, el hombre acude a otras drogas estupefacientes, a su habituación inclusive y a alcohol, como un recurso artificial, que químicamente lo euforice y lo haga vivir en un mundo de fantasías compensadoras. Durante los últimos años, la intensificación de los estudios psicoanalíticos y de los mecanismos psicodinámicos, logrando con ellos una psicoterapia más técnica, hizo pensar a estudiosos de este campo psicológico, que los tratamientos físicos o neuroquímicos fueran inoperantes y que no valían la pena de considerarse en el enfoque terapéutico de los trastornos psíquicos.

El descubrimiento paulatino de diversas drogas neuroquímicas, ha venido a despertar una creciente inquietud e interés por la investigación de sus efectos, con el fin de lograr algo más para conseguir una mejor salud mental o para combatir más eficazmente los diversos desórdenes mentales. Entre estas drogas nuevas, surge, con fuerza revolucionaria, gracias a la ingeniosidad de los químicos franceses la Cloropromazina. Vamos a tomar esta droga como arquetipo de las drogas atáxicas o tranquilizadoras, por no poder abarcarlas en su mayoría, con similares consideraciones. Tiene la cualidad de producir una sedación y un efecto calmante, sin influir sobre la conciencia, sin producir la degradación oníroide de conciencia de los barbitúricos; es en la mayor parte de los casos bien tolerada y no produce acostumbamiento. Su utilidad terapéutica ha sido comprobada en diferentes campos de la medicina, en el control del hipo, por ejemplo de la náusea y del vómito postanestésico y en obstetricia. Sin embargo su uso más importante viene siendo en Psiquiatría y en Psiquiatría hospitalaria, en el campo de la psicosis. La tranquilización de los pacientes violentos y agresivos, se logra en la mayoría de los casos con la cloropromazina y en este sentido es de gran utilidad en esos grandes servicios de pacientes, antes constantemente perturbadores, que requerían procedimientos de contención física y un enorme personal dedicado a su control.

En el Coloquio internacional sobre Cloropromazine, verificado en París, en octubre de 1955, en la comunicación de Overholser (pág. 14), cita que ya en ese año de 1955, en los E.U. ya habían sido tratados con Cloropromazina, alrededor de 4 millones de enfermos.

Por considerarlo de importancia histórica, pasamos a referir brevemente la secuencia de los descubrimientos de esta droga inicial, que ha abierto el camino en la investigación y descubrimiento de otros derivados más potentes que ella misma como la trifluopromazine (Vesprin); la trifluoperazine (o Stelazine quizá uno de los derivados de la feniotizina más potentes y eficaces como antipsicóticos); la perphenazine (o Trilafón), etc., todos ellos compuestos derivados del núcleo inicial de la cloropromazina.

La Fenotiazina, había sido ya sintetizada en el año de 1883, por Bersthen; su conocimiento solo revistió un interés teórico, hasta 1934, que por sus propiedades tóxicas, se empezó a usar como insecticida. En 1938, se descubre su acción antihelmíntica.

En 1944, dos equipos ensayan a su vez los efectos de la Fenotiazina,

el de Francia de la Sociedad Ahone-Poulenc y el de los E.U., con Grollman y colaboradores.

Fue ensayada como antimalárico y como Treponemicida.

Después de algún tiempo un químico francés Charpentier, hace un método de síntesis con el que descubre la Cloropromazine.

En 1945, encuentra Halpern, otros derivados de la Fenotiazine, con acción antihistamínica, entre ellos la Prometiazine (Fenergan), otros de acción antiparquínsonica, como la Dietazine (diparcol), la isotiazine (Parsidol). Además de su acción antialérgica, de estos derivados, se les descubre otras acciones, como sedativos, efectos hipnóticos y antieméticos.

En 1950, Guiraud, comunica el efecto sedativo de la prometiazine en los maníacos.

Entre 1948 y 50 aparecen los trabajos experimentales del fisiólogo americano, Winter, quien pone de manifiesto la acción de reforzamiento o de potencialización de algunas de estas sustancias sobre los barbitúricos, al mismo tiempo que un efecto de confusión o desorientación que ocurría, en las ratas condicionadas dentro de su experimento. Por otra parte, Laborit (1948), con el uso de su cocktail lítico, comienza a desarrollar su teoría sobre la hibernación artificial y su práctica en las intervenciones quirúrgicas.

El 11 de diciembre de 1950, comienzan en Francia los ensayos farmacodinámicos de la CLP y en 1951, apenas hace 9 años, ya se hacen las primeras aplicaciones a la clínica.

Por su acción tan peculiar, recibe distintos nombres, como ataráxico (o desconfusionante), narcobiótico, neuroplégico, neuroplético; los médicos no sabían, qué esperar exactamente de este producto y Winkelman Jr., señala en 1957, que aún ahora, no tenemos suficientes datos de su conocimiento para una denominación y clasificación de estas drogas, pues el llamarles atarácicos o tranquilizadoras, no da el sentido exacto y total de sus efectos. Winkelman, propone por lo tanto que el nuevo término, haga referencia exacta al modo de acción del medicamento, al sitio de acción y a la estructura química. Por la acción de estas drogas, derivadas de la Fenotiazina, anticipadamente diremos, sobre el hipotálamo, formación reticular ganglios basales, regiones subcorticales y corteza, podrían recibir un nombre más genérico de sustancias Diencéfalo-depresoras y por su acción ascendente, de la sustancia reticular hacia la Corteza, podrían llamárseles depresoras-ascendentes.

Por último, Winkelman Jr., en su afán de denominar adecuadamente a estas drogas tranquilizadoras, depresoras diencefálicas o depresoras ascendentes, las quiere denominar también "drogas productoras de indiferencia", señalando el efecto subjetivo de los pacientes, sobre todo en la iniciación del tratamiento, en la que el enfermo siente un efecto de auténtica indiferencia, de irrealidad, de despersonalización a veces y que el autor que comentamos, asemeja a lo que Janet, llamó en su tiempo, "la Belle Indifference", o lo que Noyes, llama, en su libro "Moderna Clínica Psiquiátrica", refiriéndose a los histéricos, una "patológica tranquilidad psíquica". Sin embargo, aún estos términos o descripciones sobre la acción de la Clorpromazine, sólo son una parte y quizá mínima y transitoria de su acción. Las indicaciones de esta sustancia clave y la de sus derivados, sus indicaciones y sus resultados, así como su uso y abuso de la medicina psiquiátrica y medicina general, serán tratados oportunamente así como su mecanismo de acción y su farmacología y farmacodinamia.

Así mismo, se hará referencia a otros tipos de medicamentos tranquilizadores equivalentes como la reserpina con sus efectos hipotensores; de los meprobamatos, especialmente en el manejo de la ansiedad, como potente sintomático; de la acción y uso de sustancias antidepresoras como el Marsilid, Marplan, Tofranil, etc., (las iproniacidas) y las anfetaminas y finalmente también la referencia al grupo de medicamentos antialucinógenos como el Frenkel, de gran utilidad en las psicosis confusionales tóxicas, especialmente en el Delirium Tremens.

Es conveniente advertir que el entusiasmo que despierta el conocimiento de los efectos de estas drogas, no debe rebasar nuestra apreciación objetiva y considerar que todavía estamos en la iniciación de una terapéutica neuroquímica, que ya es trascendente por sus resultados y por la influencia, en muchos casos sintomática solamente de los trastornos psíquicos. Que de ninguna manera debemos situarnos en un nivel de terapéutica sintomática ni excluir de nuestro programa médico o sociológico, que abarque los múltiples factores causales de los trastornos psíquicos, dando así al tratamiento del paciente una orientación de pluricausalidad y con sentido humano. Debe valorarse integral y proporcionalmente la preeminencia de uno u otro de los factores causales, a fin de hacer el tratamiento psiquiátrico más específico y más individual.

Se ha visto que la terapéutica, tanto de la reserpina como de los compuestos derivados de la Fenotiazina, tienen una indicación funda-

mental en diversos cuadros psicóticos y que de hecho esta línea de atarácicos o tranquilizadores, llena una parte activa en el tratamiento de muchas psicosis. Las indicaciones más específicas, las tenemos en general en los cuadros de agitación, en los síndromes maníacos; en los estados de depresión agitada (nunca en la depresión simple); en los procesos paranoides, en las psicosis involutivas de estructura paranoide o maniatiforme.

Otra de las indicaciones de los derivados de la fenotiazina, son los cuadros de Esquizofrenia, especialmente en los casos de excitación e inquietud motoras; en las crisis de pánico, pánico histérico y en general en los brotes agresivos o destructivos, en las conductas bizarras y en los llamados raptus catatónicos.

Tienen indicación estos tranquilizadores, en los síndromes cerebrales agudos, como estados de intoxicación, cuadros delirantes, tóxicos y alucinógenos.

Su uso es muy común para la sedación nocturna, para el insomnio rebelde, los terrores nocturnos y en general en todas las reacciones de alarma nocturnas, lográndose la baja de tensión emocional, el relajamiento muscular y la extinción de la angustia.

En el grupo de la psiconeurosis, en particular, las neurosis de ansiedad, se logra la tranquilización del paciente, con la concomitante mejoría de los diversos síntomas subjetivos o somáticos, a través de los cuales el paciente viene expresando simbólicamente sus conflictos. La sedación con los derivados de la Fenotiazila o con la reserpina, se logra en forma relativamente fácil, atendiendo a la dosis más adecuada para cada paciente y atendiendo al grado de desorganización emocional que se capte en cada paciente. El éxito en el manejo de las fenotiazinas, es semejante al que debe hacerse en otro campo terapéutico con la digital: debe darse, a fin de lograr la efectividad de estos potentes tranquilizadores.

En la práctica todos hemos visto la necesidad de ir informando al paciente y a los familiares, de los efectos llamados indeseables o colaterales de estas diversas drogas y es conveniente anticiparse y advertir al paciente de estos efectos, a fin de no resentir la alarma irracional del neurótico y suspender el propio paciente a la medicación o bien reducirla a niveles de una prescripción irregular, insuficiente y en general. Como en otros campos de la terapéutica médica, el médico es el que debe dirigir a su paciente, en estos casos con la más adecuada orientación persuasiva, a fin de lograr el objetivo de una insuficiente im-

pregnación de la droga, de en general, después de una fase inicial de cierta intolerancia, debe ser más tolerada por el paciente, disminuidos los efectos colaterales o indeseables.

El uso de los Meprobanatos, se viene generalizando tanto, como el uso de la aspirina e indudablemente esta confianza del público y su automedicación, está demostrado por un lado el beneficio que dan estas drogas produciendo una tranquilización agradable; pero por otro lado también el riesgo de la saturación, de la sobre-dosis y quizá algunos síntomas secundarios derivados de una inadecuada administración no controlada por el médico. Toda práctica de automedicación debe ser desaprobada por sus riesgos y resultados más bien inoperantes; pero así viene ocurriendo con otros muchos medicamentos, cuyo control no compete al médico mismo, aunque sí hemos de procurar siempre que se pueda una mejor educación médica del público, sugiriendo una mejor disciplina y dependencia técnica.

Por fortuna los meprobanatos, son muy bien tolerados; no conducen a la habituación y tienen mínimos efectos secundarios aún con su uso prolongado.

El uso de las Fenotiazinas, Cloropromazina, etc., en la práctica médica general es ya corriente por el internista en sus múltiples aplicaciones. Esta línea de atarácicos sí debe controlarse mejor o más obligadamente, porque su abuso traería diferentes complicaciones sobre el funcionamiento hepático, sobre la fórmula hemática, sobre el sistema neuromuscular, conduciendo a veces a una laxitud y apatía máximas.

En las curas prolongadas, dentro de un programa médico dirigido, vemos después de algunas semanas y aún meses, los síntomas de impregnación se van reduciendo sin desaparecer; los enfermos parkinsinizados se estabilizan con el cuadro farmacológico y que se puede atenuar con el uso de antiparkinsónicos como el Artane, el Disipal, etc. y con la suspensión de la medicación atarácica o la reserpina; de cualquier manera, queremos señalar la reversibilidad fácil del cuadro de impregnación del medicamento. Quizá este nivel de impregnación farmacológica, deba hacerse de preferencia en los sanatorios especializados, pues la reacción familiar ante la aparición de estos síntomas parkinsónicos es casi siempre de angustia e intolerancia. Por otro lado, son indispensables estas curas prolongadas obviamente en aquellos enfermos psicóticos crónicos o de sintomatología rígida, poco reversible quiero decir, y naturalmente, deben ser tratados largo tiempo.

En nuestra experiencia personal y la de nuestros colegas psiquia-



tras de trabajo en psicóticos hospitalizados la impresión que se recoge, es semejante a la que vemos en las informaciones bibliográficas: los enfermos agitados, violentos, difíciles para su manejo, se apaciguan con el uso de la Cloropromazina; los pases de nuestros pacientes de los servicios de "Observación" al de Agitados, es menos frecuente. El uso de los tratamientos por electroshocks se va reduciendo en número y se va circunscribiendo a ciertas indicaciones, en donde por ahora supera al uso de la C.L.P. Las indicaciones de una y otra terapéutica deben ser valoradas frente a cada caso individual y la experiencia dirá de la preferencia de un método en relación con el otro. Por lo demás, en esta evaluación de métodos de trabajo, no siempre se habrán de buscar la eliminación de uno u otro, si no que en muchos casos pueden y deben hacerse terapéuticas combinadas o asociadas de shocks y de las fenotiazinas. Debemos enfatizar que en Psiquiatría, no se puede ser unilateral o exclusivista al elegir un solo método terapéutico, ni menos dogmático, pues la experiencia aconseja la necesidad de métodos diversos, excepto en determinados padecimientos con etiología específica, en los que la preferencia debe ser la de una terapéutica etiológica. Y yo diría que ni en estos casos como en la Neurosífilis, en la que aún cuando la terapéutica etiológica sea la Penicilina o la malaria, siempre hemos de necesitar el uso de algún tranquilizador para el manejo de ciertas conductas agresivas o de agitación y en algunos casos todavía el electroshock, en estos "orgánicos" a fin de remover tensiones, estados de angustia, depresiones, como síntomas secundarios a los defectos orgánicos originales.

Estas consideraciones, tienen solo el interés de recordar que los métodos terapéuticos, no deben ser motivo de controversia o de preferencia personal, sino deben ser sometidos a la experiencia y al tiempo y se justifiquen más unos que otros o bien admitir su conveniente asociación.

Cualesquiera que sean los métodos físicos, químicos, medicamentosos con que se trate el paciente mental, no puede ni podrá nunca prescindirse de una adecuada y cada vez más científica psicoterapia, pues este enfoque es básico e imprescindible, porque es a través de la psicoterapia, la comunicación verbal entre persona y persona, entre médico y paciente, el único medio de actuar con el enfermo con sentido humano, al ser protegido, comprendido y dirigido por la técnica psicológica al servicio del hombre.