

LA EFICACIA DE LAS DROGAS EN RELACION CON LOS TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES

Prof. J. J. LÓPEZ IBOR

Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid

A estas horas no hemos logrado todavía saber con seguridad absoluta si la estadística puede dar una respuesta significativa a esta pregunta sobre la eficacia de las drogas psicótropas. Los últimos trabajos caídos en mis manos publicados en el mismo número del "American Journal of Psychology" son contradictorios. BRILL y PATTON publican un análisis clinicoestadístico de los cambios en la población de los hospitales del Estado de Nueva York desde la introducción de las drogas psicótropas. Los cambios en el Estado de Nueva York son ejemplares —dicen— porque coinciden con la tendencia general observada, nacional e internacionalmente, y parecen ser de la misma naturaleza, grado y magnitud. El cambio tuvo lugar en 1956, coincidiendo con la introducción, en gran escala, de las drogas psicótropas. El incremento en la población hospitalaria que se había observado en los cinco años anteriores (1950-1955) se convierte en decremento en los cinco años subsiguientes (1956-1961) y los trastornos de la conducta de los enfermos durante este último quinquenio ofrecen una considerable reducción. El tanto por ciento de la reducción de la población hospitalaria es del 1 ½ por 100 al año. La disminución afecta más a un grupo de enfermos que a otros; es evidentemente más marcada en los esquizofrénicos, aunque al propio tiempo haya habido un aumento en el número de ingresos por esquizofrenias. En éstas la disminución es mayor en edades de veinticuatro a cuarenta y cuatro años y en los que llevan de uno a cuatro años de permanencia. Ha habido también una disminución en otras psicosis funcionales, pero en cambio han aumentado los ingresos por psicosis alcohólicas. El número de casos crónicos que permanecen en los hospitales va decreciendo progresivamente de 27 por año y por 100.000 habitantes, en 1955, a 20 por año y por la misma cifra de habitantes en 1961. Ello implica una disminución en la necesidad de camas para enfermos crónicos en el futuro. BRILL confirmó, pues, los resultados comunicados en un trabajo anterior. Análogas conclusiones pueden deducirse

de otras muchas publicaciones, entre las que señalo únicamente la de FREYHAN, comunicando su experiencia en el hospital Delaware.

A otros resultados llegan EPSTEIN, MORGAN y REYNOLD en los hospitales del Estado de California. Dos grupos de esquizofrénicos, *unos tratados y otros no tratados*, ingresados durante los años 1956 y 1957 en nueve grandes hospitales fueron elaborados estadísticamente. Las cifras de retención en los hospitales son prácticamente iguales en ambos grupos. Se podría decir que la dosificación de las drogas en los hospitales californianos se cifraban en dosis menor de mantenimiento y no en dosis de tratamiento, o que los médicos elegían para ser tratados los casos que juzgaban más graves o de peor pronóstico, o que los enfermos en tratamiento permanecían más tiempo en el hospital a causa de los efectos secundarios a la medicación y de la lentitud en suprimirla. Para esclarecer en lo posible este problema, los autores comparan la cifra de permanencia entre un grupo de tres hospitales muy activos en el tratamiento farmacológico y tres hospitales en los que éstos se utilizan menos. En los primeros el 49 por 100 de los enfermos eran tratados, en los segundos sólo el 26 por 100. En ambos grupos se observa que los enfermos tratados con medicamentos *permanecen más tiempo* en el hospital. Los enfermos no tratados permanecen, aproximadamente el mismo tiempo en ambos hospitales. Si se observa la cifra de permanencia (retenciones) de enfermos en el año 1950, 1956 y 1957 se ve que ésta ha venido descendiendo, lo cual quiere decir que algo ocurre en los hospitales psiquiátricos durante todo este período que favorece la cifra de altas y disminuye la de los casos crónicos, pero según los resultados comunicados es difícil referir ese "algo" a los tratamientos farmacológicos.

La contraposición entre ambas investigaciones recientemente publicadas demuestra las dificultades de resolver estadísticamente el problema planteado. Apenas hay estadística que no pueda ser objetada. En esta misma contraposición habría que llamar la atención sobre el hecho que EPSTEIN se refiere a los años 1956 y 57, en tanto BRILL, al quinquenio 1956-61, señalando que, precisamente en el 1956 comienza la auténtica "era psicotrópica" en los hospitales psiquiátricos. También podría agregarse que de la lectura de los trabajos se adquiere la impresión de que el uso de las drogas es más limitado en California que en Nueva York, etc.

De todos modos hay que aceptar que en estas contradicciones estadísticas existe un problema *que quizá la estadística misma no sea capaz de resolver*. Probablemente hay que introducir en todos estos cálculos muchas más variantes de lo que habitualmente se maneja y, en tal caso, es decir, si se introducen dichas variables, el valor de los resultados estadísticos es menos evidente. Recuerdo a este propósito una monografía de DEDICHEN sobre la eficacia del electrochoque en el tratamiento de las depresiones. Una catamnesis a los cinco años del comienzo de la fase depresiva demostraba que los resultados eran los mismos en los casos tratados por el electrochoque que en los sin tratar. Si se tiene en cuenta lo que cualquier clínico sabe, es decir, la remisión espontánea de la depresión, la influencia del electrochoque sobre la tendencia ciclotímica de algunos casos, etc., el resultado de la catamnesis estadística no puede extrañarnos; pero negar por ello la eficacia del electrochoque en el tratamiento de las depresiones es utilizar inadecuadamente el instrumento estadístico. No es lo mismo pasarse nueve o más meses en el infierno de la depresión que verse liberado de él en pocas semanas o en pocos días. No puede, pues, sacrificarse la experiencia clínica de cada cual al uso indiscriminado de valoraciones esta-

dísticas. Y la experiencia clínica mundial está en favor del uso de las drogas psicotrópicas. Desde hace veinte años dirijo la misma Clínica hospitalaria en Madrid. Se trata de un servicio de clasificación y tratamiento de enfermos neuropsiquiátricos adosado a un gran hospital. Los enfermos que no remiten o en los que fracasa la terapéutica son transferidos al Hospital Psiquiátrico, situado en las cercanías de la ciudad. Hace veinte años se transferían al Hospital el 38 por 100 de los enfermos, hoy se transfieren tan sólo el 12 por 100. En el diagnóstico de los enfermos transferidos se observa también un desplazamiento. Ha disminuído mucho el número de esquizofrenias; ha aumentado el número de psicosis de senilidad.

* * *

El título del trabajo (1) que se me propuso dice exactamente: "Eficacia de las drogas en relación con los tratamientos psicológicos y sociales". Cuando se duda de la eficacia de las drogas yo me atrevería a preguntar ¿es que tenemos razones estadísticas para estar convencidos de la eficacia de los tratamientos psicológicos y sociales?

Por lo que respecta a los tratamientos psicológicos la carencia de ellas es evidente. Después de más de medio siglo de diversas formas de psicoterapia profunda aún no sabemos a qué atenernos estadísticamente sobre los resultados de ella. Y ello refiriéndonos a las neurosis y dejando de lado la incipiente psicoterapia de las psicosis. SOTVKIS ofreció en el pasado Congreso de Psicoterapia de Viena (1961) unas cifras no muy alentadoras. "En conjunto se puede decir que los resultados de la psicoterapia no son alentadoramente grandes. No tiene ningún objeto disimular las cifras; en muchos casos los resultados son pequeños y frecuentemente nulos". Sin embargo, nadie se atrevería a negar la importancia de la psicoterapia en la psiquiatría y aun en la medicina actual. Y es que existen en la situación terapéutica muchos factores inapreciables estadísticamente. Tales factores se hallan internamente correlacionados. La actitud terapéutica que supone el uso de las drogas implica la acentuación de los factores psicológicos en la cura y facilita la acción de los factores sociales, es decir, el funcionamiento del hospital como comunidad terapéutica. Hablando de "Anstaltspsiquiatría" un autor tan experimentado como SCHULTE, antiguo director de Gütersloh, previene contra el excesivo valor que se da a las estadísticas ("Erfolgsstatistik"). No se trata de justificarse mediante cifras. El aumento de las cifras de altas no constituye ningún criterio absoluto sobre el valor de los métodos terapéuticos. Ningún tratamiento ofrece estadísticas semejantes al electrochoque y, sin embargo, se considera un progreso reducir el electrochoque al mínimo.

* * *

Creo que la mayoría de los psiquiatras del mundo estará de acuerdo en unos cuantos principios con respecto a la situación terapéutica actual. Y éstos pueden ser poco más o menos los siguientes:

Ha aumentado el número de enfermos que acuden a las consultas psiquiátricas. A pesar de este aumento disminuye o por lo menos no aumenta propor-

(1) Ponencia en el Congreso de Neuropsicofarmacología celebrado en Munich en septiembre de 1962.

cionalmente el número de los que quedan internados como enfermos crónicos. Hoy es posible, además, atender a un mayor número de enfermos en tratamiento ambulatorio sin necesidad de que ingresen en un establecimiento. Es posible, también, lograr una mejor adaptación social de los enfermos que salen. La atmósfera de los hospitales psiquiátricos ha cambiado. Las diversas formas de socioterapia son más eficaces y menos costosas si se combinan con farmacoterapia. La experiencia individual es, en este sentido, clara y evidente. Dirigiendo, como a mí me ocurre, el mismo establecimiento psiquiátrico antes y después de la aparición de los fármacos, con los mismos colaboradores y los mismos medios, la diferencia de los resultados es evidente. Por ello creo llegado el momento de detenerme más en problemas concretos que nos darán una visión más efectiva de la intervención de los diversos factores que influyen en la terapéutica que entretenernos más tiempo en evaluaciones globales.

Elijamos como muestra tres círculos morbosos: la psicosis maniacodepresiva o ciclotimia, la esquizofrenia y las neurosis. Las depresiones endógenas son la enfermedad más resistente a la psicoterapia y a la socioterapia. Quien haya intentado el tratamiento psicoterapéutico de una auténtica depresión endógena se convencerá con facilidad de ello. Es curioso que una enfermedad tan accesible a interpretaciones psicodinámicas sea tan impermeable a terapéuticas psicodinámicas. Es fácil interpretar psicoanalíticamente la depresión una vez puestos en la vía de las interpretaciones psicoanalíticas. Más seductora resulta aún, al menos a mis ojos, la interpretación antropologicoexistencial de la depresión. En ella aparecen los grandes temas de la vida humana. El enfermo expresa muchas veces, sólo con su mirada, su gratitud por sentirse tan hondamente comprendido, por ver alguien que se da cuenta de la profundidad abismal de su sufrimiento. El esfuerzo, pues, por comprender al enfermo no es médicamente inútil. Creerlo así sería tener una imagen muy pobre de lo que es ser médico. La comprensión de la estructura social en la que aparece la depresión se desenvuelve en el mismo plano. Pero es necesario algo más. Y ese algo más, la curación de la fase —o si se quiere más precavidamente—, su remisión, exige la terapéutica biológica, sea eléctrica o química. También es evidente que el electrochoque es más eficaz que la terapéutica farmacológica; pero esto no quiere decir no sólo que ésta sea inútil, sino que en muchos casos tenga una prevalencia con respecto al electrochoque. Es más, un estudio estadístico demuestra que la permanencia de los depresivos en la Clínica es mayor si se tratan farmacológicamente que si se tratan mediante electrochoque. También los psiquiatras están de acuerdo en la práctica inocuidad de este método terapéutico. No son, pues, los peligros los que determinan la restricción del electrochoque en el tratamiento de las depresiones, ni mucho menos su ineficacia, puesto que es mayor, sino otros factores psicológicos y sociales los que imponen los fármacos psicotrópicos en la terapéutica de las depresiones, factores demasiado conocidos para que me entretenga en su descripción. Hoy es posible, no sólo el tratamiento ambulatorio de muchas depresiones —esto ya era posible mediante el electrochoque—, sino el tratamiento en el propio medio familiar. A nuestro ambulatorio acuden numerosas depresiones que viven en pueblos bien distantes de Madrid. En algunos casos se halla indicada la hospitalización, en otros pedimos la permanencia en la ciudad para su control de tratamiento en el mismo ambulatorio; pero en otros casos el enfermo regresa a su propia casa, a su pequeño pueblo y su médico de cabecera sigue las incidencias terapéuticas con arreglo a la pauta que se le envía desde el ambulatorio, hasta que llega el mo-

mento del alta, salvo que cualquier otra incidencia exija una nueva consulta para el enfermo. Quiérase o no esto es muy importante, un enorme progreso en la terapéutica. Para muchos enfermos no hay mejor medio que su propio ambiente familiar, ni gente más solícita afectivamente para acompañarle en su sufrimiento que la propia familia. La reintegración al trabajo se hace, además, con mayor facilidad, precisamente porque la terapéutica farmacológica ha permitido el mantenimiento del enfermo en su propia estructura familiar y social. Todo ello sin tener en cuenta la intervención de otros factores; por ejemplo, la dificultad en la reintegración al trabajo que crea el síndrome psicoorgánico post-electrochoque.

Es innegable que plantear así el problema terapéutico exige una mayor finura en las indicaciones por parte del psiquiatra, pero, también lo es que el radio de acción social de la psiquiatría es mayor y su relación con el médico general más estrecha. Los fármacos, pues, le crean a la acción del psiquiatra nuevas posibilidades sociales.

Algo análogo ocurre con la esquizofrenia. Desde hace años tenemos en nuestro Servicio gran experiencia en el tratamiento ambulatorio de la esquizofrenia. Los ingresos en el Servicio se hacen mediante dos canales: uno, oficial. Cualquier enfermo mental a petición propia o familiar es ingresado en el Servicio desde las casas de Socorro distribuidas por todo el perímetro de la población madrileña. El otro canal es el del enfermo que acude a la consulta externa y es ingresado por necesidad de tratamiento o por necesidad de asistencia social. Pues bien, sólo el 7 por 100 de los ingresos son realizados por esta vía. Ciertamente es que los casos agudos y graves recargan la otra, pero también lo es que este hecho sólo no explica la diferencia, sino que ésta se debe a la intensidad del tratamiento ambulante. El área de acción de este tratamiento ambulante ha aumentado y muchos brotes esquizofrénicos pueden ser tratados gracias a los fármacos en las condiciones antes señaladas para las depresiones. Es incalculable el beneficio que esto supone para la personalidad del enfermo.

* * *

Si una cierta actividad de los fármacos nos parece indudable debemos ahora tratar de precisar las direcciones clínicas y psicopatológicas en las que se despliega dicha actividad. Tomemos como ejemplo la esquizofrenia. Es evidente la acción modificadora de los síntomas en los brotes agudos de la enfermedad; pero en seguida nos preguntamos o nos debemos preguntar qué síntomas son los prevalentemente modificados. En la esquizofrenia hemos distinguido con frecuencia los síntomas *primarios* de los *secundarios*; pero en cada autor estos términos han tenido un sentido distinto. Para K. SCHNEIDER los síntomas primarios de la esquizofrenia son los que de otra manera podríamos llamar *patognomónicos*, es decir, que permiten el reconocimiento de la enfermedad por su sola presencia. Pero esto no quiere decir que se hallen más próximos al trastorno fundamental que sirve de fondo a la enfermedad, es decir, que sean *una más directa* expresión de la misma. Los síntomas patognomónicos son, con frecuencia, muy accesibles a las diversas vías terapéuticas. Delatan una cierta actividad creadora y configuradora de síntomas del proceso que debe tener y que sólo se hace transparente a través de aquellos síntomas. Estos síntomas unas veces cesan —si el brote es de buen pronóstico a pesar de su agudeza— y otras se transforman en otros que, aunque muy parecidos a los anteriores, muestran,

sin embargo, una estructura diferente. Los síntomas se han irradiado por así decirlo del centro personal y se han situado en la periferia, se han hecho extraños a dicho centro personal. Este desplazamiento topológico determina una mayor resistencia a la terapéutica. Las alucinaciones persisten, las ideas delirantes continúan. El hecho es paradójico. Al mismo tiempo que están más alejadas del centro del Yo resultan más inmovibles precisamente porque ese Yo es otro. La personalidad se ha modificado. Las terapéuticas farmacológicas actuales se muestran mucho menos eficaces frente a esa mutación de la personalidad que frente al florecimiento de los síntomas "típicos" de la enfermedad. Lo más efectivo en reducir los síntomas activos positivos que en controlar los negativos. NEBRILL y PATTON dicen: "Hasta el momento presente las drogas se han mostrado más efectivas en reducir los síntomas activos positivos que en controlar los negativos, tales como la inercia ocupacional, la incapacidad vocacional y la falta de iniciativa para una ocupación constructiva". Se logra, pues, una curación con defectos. Precisamente aquí es donde la terapéutica rehabilitadora debe ejercerse con toda amplitud. La finalidad del psiquiatra no debe consistir sólo en transformar la vida interna de los hospitales, sino en lograr que los enfermos puedan vivir fuera de ellos, con un espectro de posibilidades vitales más amplio que lo que puede conseguirse en la terapéutica intramural. Tal posibilidad se acrece cuanto menos desestructurada esté la personalidad del enfermo. Y esta desestructuración es menor cuanto menos formaciones patológicas permanezcan procedentes de los períodos activos de la enfermedad. La actual psicoterapia de los esquizofrénicos parte de la base de que el esquizofrénico es un hombre necesitado de comunicación vital. La enfermedad amenaza realmente la integridad de su persona. De la amenaza se defiende situando en el mundo externo las instancias amenazadoras. BENEDETTI tiende, como psicoterapeuta, a integrarse en el delirio del enfermo. La *transferencia delirante* puede facilitar, dice, la realización simbólica de tensiones reprimidas, pero no puede tener lugar de un modo objetivo. El médico penetra en el escenario de la psicosis como un personaje más; pero yo me pregunto si no es más eficaz —y quizá más humano— disminuir la tensión dramática en ese escenario despoblándolo de espectros amenazadores mediante la sedación farmacológica. "Nicht habenkön nen psychotischer Erlebnisse" (von BAEYER). Y si éste no es capaz de crear una *transferencia vital*, como dice BARAHONA, hablando de las neurosis, que sitúa al médico y al enfermo en su relación transferencial sobre un plano más real.

Muchas veces se ha dicho que las drogas son eficaces porque aumentan el interés de los médicos por los enfermos. No se trata en realidad de que las drogas despierten mayor o menor entusiasmo en los médicos y de que ese entusiasmo actúe como factor curativo, sino de que mediante ellas se crea una nueva situación terapéutica y de que en esta nueva situación surgen perspectivas distintas para la acción psicológica y social de los médicos y sus fuerzas colaboradoras. Hemos de huir de formulaciones simplistas de los problemas y tratar de ahondar lo más posible en ella si realmente queremos cambiar a fondo la terapéutica psiquiátrica.

No podemos, pues afirmar que las drogas influyan *directamente* en el proceso que podríamos llamar de fisión de la personalidad esquizofrénica, aunque es posible que mitiguen sus tendencias destructoras. Pero esto lo que indica es la necesidad de que la investigación farmacológica avance y que podamos tener la esperanza de lograr esa acción con nuevos fármacos o con nuevas terapéuticas, aunque probablemente estemos aún lejos de ellos.

* * *

El progreso farmacológico exige un constante contacto con la clínica. Probablemente se lograrían mejores resultados en el hallazgo de nuevos fármacos si los clínicos nos esforzásemos en ahondar en su acción psicopatológica. FREYHAN planteó el problema del "target symptom". El síntoma clave puede no ser el síntoma característico. En las depresiones se halla, quizá, una coincidencia. El síntoma clave para la terapéutica es la *tristeza vital* que, a su vez, constituye el síntoma característico, al menos de las formas arquetípicas de depresiones endógenas. En la esquizofrenia los síntomas característicos, síntomas de primer orden de K. SCHNEIDER, por ejemplo, no son los síntomas-clave en el proceso terapéutico. Los síntomas característicos son emanaciones de una alteración en el fondo de la personalidad que es menos accesible a la aprehensión fenomenológica. Los síntomas aparecen en una atmósfera que otras veces se ha calificado de "humor delirante". Las orientaciones antropológicas tratan de salvar la insuficiencia de estas descripciones fenomenológicas. Lo cierto es que idea delirante, sentimientos de influencia, trastornos subjetivos del pensamiento, etc., desaparecen a medida que la medicación es capaz de influir sobre el fondo del cual emanan o sobre la atmósfera en la que aparecen como cristalización de un estado de ánimo. Esto ocurre en la primera fase del proceso —"akunetische-abulische Dämpfungssyndrom in sinne von Flügel"—. Lo importante para el porvenir del enfermo es detectar si tras esa tormenta la personalidad sufre o no esa mutación que es como una escisión o "rexis" de la personalidad. El proceso tiende a una estabilización y las drogas actuales favorecen esa estabilización con un mínimo de desgaste, pero se muestran impotentes cuando la mutación de la personalidad ha tenido lugar.

En las depresiones también existen problemas psicopatológicos que la terapéutica farmacológica plantea. Existen depresiones en las que la *tristeza vital* es menos visible. Obsesiones, sentimientos de culpabilidad o ideas delirantes de culpabilidad o de ruina, o hipocondria cubren la escena. En algunos de estos enfermos vemos como la terapéutica es todavía eficaz; en otros, en cambio, no lo es. La observación clínica hace sospechar que todo depende de que el síntoma se muestre más o menos adherido al estrato vital de la personalidad. A medida que el síntoma, por una especie de metabasis, emigra del estrato vital al psíquico se hace más resistente a la terapéutica.

Es, pues, necesario postular por una estrecha colaboración con la clínica para la evaluación de los efectos farmacológicos de las drogas y que ésta no se limite a la comunicación de unos resultados estadísticos. Estos son necesarios, pero insuficientes.

* * *

Hace todavía muy pocos años hubiéramos considerado poco menos que blasfematoria aludir a las drogas en el tratamiento de las neurosis. Sólo hubieran sido aceptadas, y aun en mínima parte, como tratamiento de los síntomas vegetativos secundarios; pertenece a una buena ortodoxia psicoanalítica el renunciamiento por parte del psicoanalista a cualquier fármaco, porque dicen que suele perturbar la transferencia. En el excelente y exhaustivo libro de DELAY y DENIKER sobre "Méthodes chimiothérapiques en Psychiatrie" no se encuentran más que indicaciones someras sobre el tratamiento farmacológico de las neurosis. En la misma línea de prudencia se mantienen KALINOWSKY y HOCH en el suyo.

Sin embargo, el hecho cierto es que los medicamentos ansiolíticos y algunos timolépticos se han mostrado *muy eficaces en el tratamiento de muchos casos de neurosis*, en tanto que los efectos de los neurolépticos no son del mismo tipo. Neurosis obsesivas intensas que de otro modo hubieran requerido una larga psicoterapia han cedido con relativa facilidad sin más que un fármaco y, cuando más, una psicoterapia de soporte. A mi modo de ver este hecho singular nos debe quizá empujar a un replanteamiento del problema de las neurosis. Hasta ahora los hechos brevemente esquematizados se interpretaban así: las neurosis son "reacciones vivenciales anormales", según la expresión habitualmente utilizada en la psiquiatría alemana o resultados de reacciones conflictuales externas o internas, según se formula en otras áreas psiquiátricas. La anomalía de las reacciones se halla, según es comúnmente aceptado, en los impactos más o menos traumatizantes que el sujeto recibía a lo largo de su vida y especialmente en la edad infantil. Es decir, las neurosis son *pura psicodinamia*. Esta interpretación de la dinámica neurótica pasa por alto varios hechos sobre los cuales quisiera llamar la atención. Desde el punto de vista del curso es un hecho comprobado por la experiencia clínica, que gran parte de los síndromes que se diagnostican de neurosis y aun muchos trastornos psicósomáticos *curso espontáneamente de un modo fásico* (sobre este tema he insistido repetidas veces desde hace veinte años). Muchas veces el psicoterapeuta tiene la impresión de que la desaparición de la neurosis es algo que ocurre de un modo ajeno a su propia tarea. Cada día se conocen mejor las formas de transición entre las neurosis y las depresiones (distimias endorreactivas de Weitbrecht, depresiones reactivas vitalizadas de Staehelin, Entwurzelungsdepressionen de Lüdin y Lemke, Ernst; timopatías de López Ibor).

El núcleo de las neurosis es la angustia, como ya dijo FREUD. Sin embargo, sobre la génesis de la angustia neurótica habría que hacer muchas discriminaciones. La angustia de una melancolía angustiosa está ligada a la misma tristeza vital del enfermo. Es un sentimiento de la misma naturaleza, de una misma cualidad. No es, pues, una angustia psicogenéticamente determinada. Por otra parte, con frecuencia existen cuadros clínicos que podrían considerarse formas de tránsito entre las neurosis y las depresiones. La analogía es más evidente de lo que la tradición psiquiátrica nos deja entrever. No resulta, pues, injustificado pensar que la angustia en muchos cuadros neuróticos sea una *angustia vital*, de la misma manera que en las depresiones existe como síntoma fundamental una tristeza vital. El carácter vital de la tristeza o de la angustia le viene dado por su cualidad fenomenológica; pero además de ello la experiencia clínica enseña que este carácter vital, desde el punto de vista fenomenológico, tiene que ver con el tono vital del sujeto, o sea con el biotono, como decía EWALD. Si los hechos son así, entonces nos llamaría menos la atención que también las neurosis muestran un frente accesible farmacológicamente, análogamente a como lo ofrecen las depresiones: es decir, *que en ellas hay una fisiodinamia junto a una psicodinamia*.

Este replanteamiento del problema arroja una nueva perspectiva sobre todos los mecanismos que intervienen en la estructuración de las neurosis, tales como la represión, la fortaleza y la defensa del yo, la transferencia, etc. La represión no viene de la angustia sino que la angustia engendra represión, decía FREUD. En las neurosis existen períodos creadores de síntomas y otros en que esta fuerza creadora se halla disminuída; tales oscilaciones dependen de la *presión angustiosa*. La transferencia, por otra parte, es un fenómeno de absor-

ción angustiosa. La fortaleza del yo depende de que el yo se halle más o menos inundado de angustia, etc. En resumen, *la sintomatología neurótica es una manera de metabolizar la angustia*. ¿Cómo debemos ver estos problemas si llegamos a la conclusión de que toda la angustia del enfermo o una buena parte de ella tiene una base fisiodinámica o neurodinámica?

En manera alguna nos permitiríamos con este punto de vista esquivar el problema de la *personalidad neurótica*. Al contrario arrojaría nuevas luces sobre su estructura. ¿Por qué en unos casos la angustia vital desaparece y la vemos presente con curso fásico y en otros la angustia asciende por así decirlo del plano vital al psíquico y permanece en él como *un desarrollo angustioso*, incorporado definitivamente o casi definitivamente a la personalidad? No es posible ocuparme ahora de la multitud de cuestiones que este punto de vista plantea. Sólo quiero ahora llamar la atención sobre el hecho de que un ataque farmacológico al problema de las neurosis o si se quiere de ciertas neurosis no es algo que resulte injustificado teóricamente, sino que ofrece excelentes perspectivas, aunque esto nos obligue a reformar la teoría de las neurosis.

* * *

Ya sé que hablar de fármacos en las neurosis es algo que roza la heterodoxia; más delicado aún resulta en el momento en que se ha descubierto, desgraciadamente, una droga tranquilizadora que puede producir graves anomalías en el embrión humano. Aún más la difusión incontenida del uso de tranquilizantes y ansiolíticos entre la población provoca críticas severas y justificadas. Este es uno de los aspectos sociales más urgentes en el uso y difusión de los fármacos psicotropos. Los psiquiatras deberíamos revisar un esquema del cual inconscientemente partimos. El del tránsito suave y continuo entre la normalidad y la anormalidad. El esquema permite pasar de la angustia del hombre normal a la angustia del neurótico y a la angustia del psicótico sin más que ir gradualmente aumentando la cantidad. Si esto es así el hombre de la calle tiene derecho a recorrer el camino al revés: si la angustia del neurótico es como la mía, ¿por qué no tomar unas píldoras para amortiguarla? De esta manera nos exponemos a hacernos cómplices de una especie de "medicina del bienestar" mediante los tóxicos. Creo que desde el punto de vista de la clínica psiquiátrica haríamos mejor en esforzarnos en encontrar la diferencia que hay entre la angustia normal, la neurótica y la psicótica. La angustia del hombre normal es necesaria para que éste continúe su marcha histórica. La psiquiatría se halla, como otras ciencias, situada ante uno de los problemas metódicos más fuertes: *el de encontrar sus propias fronteras*.

Los fármacos, por consiguiente, no sólo son eficaces en la terapéutica de los enfermos, sino en la terapéutica de la Psiquiatría misma. Muchas veces se ha hablado de crisis de la Psiquiatría. Pues bien, la terapéutica farmacológica viene a evitar que el crecimiento de la Psiquiatría sea monstruoso por hacerse en una sola dirección. Los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad forman parte de la misma estructura que sus aspectos fisiodinámicos. Una hipertrofia de aquélla desnaturalizaría la Psiquiatría. Recuerdo el comentario de dos eminentes psiquiatras tras una sesión de apertura de un Congreso de Higiene Mental. Yo no me atrevía a expresar mi opinión. Ellos, más audaces, la resumieron así: "Por este camino nos vamos a olvidar de que nuestra misión fundamental, como médicos, es la de tratar enfermos". Y eso es, precisamente, lo que el psiquiatra nunca debe olvidar.

RESUMEN

Las estadísticas respecto a la influencia de los fármacos sobre el curso de las enfermedades mentales ofrecen muchas veces resultados contradictorios; pero tampoco tenemos resultados estadísticos sobre el efecto de la psicoterapia y de la socioterapia. Quizá las estadísticas no puedan resolver completamente el problema porque su solución exigiría el manejo de un número excesivo de variables en el cálculo estadístico. Es evidente que la farmacoterapia permite el empleo más rápido de las diversas formas de socio y psicoterapia y permite, sobre todo, el tratamiento ambulante de muchos enfermos. Es necesario ahora proponerse problemas concretos como, por ejemplo, el de saber sobre qué síntomas actúan los medicamentos. En la esquizofrenia la acción parece ser sobre la atmósfera que envuelve los síntomas esquizofrénicos y no sobre el proceso fundamental mismo; pero eso permite conservar al enfermo más fácilmente en una vida social adecuada, incluso extramuros. En las depresiones, los fármacos actúan sobre los síntomas de la capa vital (tristeza vital). Cuanto más puro es el carácter vital del síntoma más susceptible es de ser tratado medicamentosamente. Si el síntoma se instala en la capa psíquica de la personalidad, se muestra más resistente al ataque farmacológico. Hace unos años parecía injustificado hablar de terapéutica farmacológica de las neurosis; pero las neurosis muestran también su fondo vital (angustia vital). Desde este punto de vista la psicodinamia neurótica ofrece una nueva perspectiva, en la que la farmacoterapia y la psicoterapia tienen sus respectivos planos de acción.

