
INFLUENCIA DE LOS NUEVOS AVANCES FARMACOLOGICOS SOBRE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

PROF. J. J. LOPEZ IBOR

Anales de la Academia Médico - Quirúrgica Española
Junio, 1963 Tomo XLVII Número 7

Influencia de los nuevos avances farmacológicos sobre la asistencia psiquiátrica

PROF. J. J. LÓPEZ IBOR.

Yo agradezco al Presidente de la Academia Médico-Quirúrgica la ocasión que me ha dado a mí, no a mí personalmente, sino a mí como psiquiatra, de hablar en un círculo de médicos generales; los psiquiatras pugnamos por salir de nuestros aislamientos, creemos que tenemos que vernos con problemas de asistencia fundamentales tanto desde el punto de vista de la vida de la colectividad como desde el punto de vista de la vida profesional, y hoy quería ofrecerles a ustedes una muestra de cómo se ha ido transformando la asistencia psiquiátrica merced a los nuevos avances farmacológicos.

Primero quisiera insistirles en una cosa esencial, el volumen de los problemas de la asistencia psiquiátrica no es reconocido por los médicos en general.

En todos los países occidentales constituye una gran preocupación, dentro de los problemas sanitarios, la atención a los enfermos mentales. La preocupación deriva no sólo de razones morales, sino también de razones económicas. El volumen de dinero que hay que destinar a la asistencia psiquiátrica es cada vez mayor, y alcanza, en algunos países, cifras increíbles. En el informe redactado por la Joint Commission on Mental Illness and Health, de los Estados Unidos, se señala que el Gobierno Federal tendrá que hacer un enorme esfuerzo económico en los próximos años para atender al problema, puesto que se calcula que los gastos actuales *tienen que ser doblados en los próximos cinco años y triplicados*

en los próximos diez años. De esta inmensa sobrecarga económica no pueden librarse los Estados más que con un mejoramiento en la eficacia de los servicios psiquiátricos, que hoy día es posible gracias a las nuevas terapéuticas. Efectivamente, el Ministerio de la Salud inglés ha declarado que en los próximos quince años será posible cerrar no menos que la mitad del total de las camas destinadas a enfermos mentales en los hospitales ingleses. Actualmente se calcula en cualquier país que *el número de camas para la asistencia psiquiátrica equivale al número total de camas que se necesitan para la asistencia de toda otra clase de enfermos en una nación.* Si en España aceptamos como buena la cifra de 70.000 camas para las enfermedades somáticas de todas clases, aun cuando la asistencia hospitalaria es todavía insuficiente, *necesitaríamos otras 70.000 para enfermos mentales.* En la actualidad, *la cifra apenas alcanza a las 30.000.* Sólo estas cifras demuestran la urgencia del problema. Sin embargo, el mejoramiento en las técnicas de tratamiento demuestra que el número de enfermos que existen en los hospitales psiquiátricos—en los países en donde se cuentan con buenas cifras estadísticas para ello—no ha aumentado en la cifra que se calculaba, gracias precisamente a los beneficios de la terapéutica. En los Estados Unidos, entre 1955 y 1960, el número de enfermos en los hospitales psiquiátricos ha decrecido en 4,2 por 100. Todavía el decrecimiento es más importante si se tiene en cuenta las previsiones que se habían hecho. En un proyecto hecho en 1944 se calculaba que el número de enfermos o de reclusos en los hospitales psiquiátricos en 1960 sería de 622.000. La realidad presente es que la cifra es de 532.322, es decir, 86.000 menos, o sea, el 14 por 100 menos de la cifra que se había señalado. Este descenso ha ocurrido a pesar de que se ha aumentado el ingreso anual en los establecimientos psiquiátricos en un 6 por 100, y ello es debido a que el número de altas ha aumentado más, llegando hasta el 10 por 100, todo esto teniendo en cuenta que todavía la asistencia psiquiátrica en estos países, sobre todo en los Estados Unidos, no puede considerarse en manera alguna como modelo.

¿A qué se debe este proceso en la asistencia psiquiátrica? Sobre esto hay grandes discusiones entre los psiquiatras, porque por un lado la asistencia psiquiátrica ha mejorado al comprender mejor al enfermo y al tratar de reformar la asistencia en sí, transformar los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas, ocuparse mucho de la rehabilitación de los enfermos, etc.; por otro lado, está el progreso de la Neurofarmacología. En el Congreso de Neurofarmacología, de Neuropsicofarmacología, que hubo en Roma hace cuatro o cinco años, Lewis, el director del Mosley Hospital, que es el Hospital de postgraduados ingleses, donde se especializan los psiquiatras de lengua inglesa, dijo una afirmación que levantó

grandes contradicciones: "Si yo tuviese que elegir entre el abandono de nuevas drogas psicótropas y el de abandono de los Departamentos de rehabilitación social e industrial de los enfermos, no dudaría en la elección, las drogas serían abandonadas." Contra esto se levantan las estadísticas, pero las estadísticas ofrecen sus contradicciones. En uno de los últimos números de la revista americana de Psiquiatría se encuentran publicadas, una al lado de otra, dos estadísticas muy importantes: una de Brill y Patton hace un análisis estadístico de las variaciones en la población de los Estados de Nueva York desde la introducción de estas drogas. Las cifras del Estado de Nueva York son ejemplares, dicen, porque coinciden con la tendencia general observada nacional e internacionalmente. El cambio tuvo lugar en 1956 coincidiendo con la introducción en gran escala de las drogas psicótropas en el tratamiento de los enfermos dentro de los hospitales. El incremento en la población hospitalaria que se había observado en los cinco años anteriores, o sea en 1950 a 1955, se convierte en decremento los cinco años siguientes, o sea entre 1956 y 1961, y los trastornos en la conducta de los enfermos sufren también una considerable reducción. El tanto por ciento de la disminución de la población hospitalaria es del uno y medio por ciento; la disminución afecta más a un grupo de enfermos que a otros; es más marcada en los esquizofrénicos, aunque al mismo tiempo haya habido un aumento en el número de ingresos por esquizofrenias. En éstos la disminución es mayor entre las edades comprendidas entre los veinticuatro y los cuarenta y cuatro años, y en los que llevan de uno a cuatro años de permanencia hospitalaria. 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 25 por año y 100.000 habitantes en 1955, a 20 por año y 100.000 habitantes en 1961. Ello implica una disminución en la necesidad de camas para enfermos crónicos en el futuro. Brill confirma, pues, los resultados comunicados en un trabajo anterior. Análogas conclusiones pueden deducirse de otras muchas publicaciones, entre las que señalo únicamente la de Freyham refiriendo la experiencia del Hospital de Delaware.

A otros resultados llegan Epstein, Morgan y Reinhold 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 el hospital son prácticamente iguales en ambos grupos. Se podría decir que la dosificación de las drogas en los hospitales californianos se cifraba en dosis 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 de 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 tratamiento farmacológico, y tres hospitales en lo que éstos se utilizan menos. En los primeros el 49 por 100 de los enfermos eran tratados y 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 grupos de hospitales. Si se observa la cifra de permanencia (retenciones) de enfermos en los años 1950, 1956 y 1957 se ve que ésta ha venido decreciendo, lo cual quiere decir que algo ocurre en los hospitales psiquiátricos en todo este período que favorece la cifra de altas y disminuye la de casos crónicos; pero, según los resultados comunicados, es difícil referir este "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 haría que llamar la atención sobre el hecho que Epstein se refiere a los años 1956 y 1957 en tanto Brill al quinquenio 1956-61, señalando que precisamente en 1956 comienza la auténtica "era psicotrópica" en los hospitales; 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 variables que las que habitualmente se manejan, y en tal caso, es decir, si se introducen esas 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 hecha a los cinco años del comienzo de la fase depresiva demostraba que los resultados eran los mismos en los casos tratados por electrochoque que en los sin tratar. Si se tiene en cuenta lo que cualquier clínico sabe, es decir, la remisión espontánea de las depresiones, la no influencia del electrochoque sobre la tendencia ciclotímica de algunos casos, etc., el resultado de la catamnesis no puede extrañar; pero negar, basándose en ella, 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 estadísticas. Y la experiencia clínica mundial está en favor del uso de las drogas psicotrópicas. Desde hace veinte años dirijo la misma clínica hospitalaria psiquiátrica. Se trata de una clínica de 140 camas de clasificación y tratamiento de enfermos adosada a un gran Hospital General. Los enfermos que no remiten o en los que fracasa la terapéutica son transferidos a un hospital psiquiátrico situado en las cercanías de la ciudad. Hace veinte años se transferían a este hospital el 38 por 100 de los enfermos; hoy se transfiere el 18 por 100. En el diagnóstico de los enfermos transferidos se observa también un desplazamiento. Han disminuído mucho el número de esquizofrenias; ha aumentado el número de psicosis de la senilidad.

Es curioso hacer una comparación en las cifras de la asistencia, estamos realizando un trabajo estadístico de lo ocurrido en la sala de mujeres del Hospital Provincial. Sólo les voy a leer a ustedes unas cuantas cifras simbólicas. En el año 1900 había un total de ingresos en un año de 112 enfermos, de ellos el Servicio del Hospital Provincial antes se llamaba Sala de observación, porque realmente en aquella época apenas si se podían hacer tratamientos, y el enfermo era después desplazado a los hospitales psiquiátricos, nosotros a Ciempozuelos, hospitales psiquiátricos de la vecindad. Pues bien, en 1900 las proporciones son las siguientes: traslados a Ciempozuelos, 72,3 por 100; altas, 13,3 por 100; defunciones, 14,2 por 100. En el año 1944 el número total de enfermos se triplica, es de 384, de enfermos ingresados; sin embargo, he aquí las proporciones de los traslados de las altas y de las defunciones: traslados a Ciempozuelos, el 40 por 100 (antes fueron el 72,3 por 100); altas, el 53 por 100; defunciones, el 7 por 100; y en el año 1960 el número de ingresos aumenta considerablemente, es de 773; los traslados a Ciempozuelos, que se consideran encronizados y que necesitan una asistencia en un establecimiento para crónicos, es sólo del 28 por 100; las altas, del 70 por 100, y las defunciones del 2 por 100. Llama la atención, además, que las cifras éstas coinciden poco más o menos con las que ha obtenido Freyham en Delaware, sobre todo la cifra de defunciones. En el Gran Hospital Psiquiátrico de Delaware obtiene en el año 1900 una mortalidad del 36 por 100 y en 1960 una mortalidad del 3 por 100; las cifras aquí han sido menos en 1900, del 14 por 100 sólo, y en Delaware hay un material mucho mayor y hay enfermos crónicos mezclados con enfermos agudos, y la de defunciones es sólo la del 2 por 100. Estas cifras, pues, demuestran la indudable eficacia de las drogas en la transformación de la asistencia psiquiátrica. Las drogas, además, permiten actualmente el ampliar el radio

de acción de la asistencia psiquiátrica. En la misma sala de mujeres, por referirme sólo a ella, del Hospital Provincial hay que tener en cuenta que, aparte de los enfermos internados gracias a los tratamientos actuales, se tiene en tratamiento ambulante una cantidad aproximada de 500 enfermos y que están en revisión por períodos de quince o veinte días, de un mes, según su estado, lo cual permite disminuir extraordinariamente el número de las hospitalizaciones. En la consulta del hospital sólo un 10 por 100 del ambulatorio, de la consulta externa, sólo un 10 por 100 son ingresados para tratamiento; el resto de los ingresos son los que vienen por los otros canales de las vías de socorro, los ingresos de urgencia, etc.

* * *

El título del rapport que se nos ha propuesto 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 aún no sabemos a qué atenernos, estadísticamente, sobre los resultados de las mismas. Y ello refiriéndonos a las neurosis y dejando de lado la incipiente psicoterapia de las psicosis. Stokvis ofreció en el pasado Congreso de Viena 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, digo yo por mi parte, nadie se atreverá a negar la importancia de la psicoterapia en la situación terapéutica 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 de la cura y facilita la acción de los factores sociales, es decir, el funcionamiento del hospital como comunidad terapéutica. Hablando de la "Anstaltspsychiatria" un autor tan experimentado como Schulte, antiguo director de Gütersloh, previene contra el excesivo valor que se da a la estadística de éxitos ("Erfolgstatistik"). No se trata de justificarse mediante cifras. El aumento de las cifras de altas no constituye ningún criterio absoluto sobre el valor de un método terapéutico. Ningún tratamiento ofrece estadísticas semejantes al electrochoque y, sin embargo, se considera un progreso reducir el electrochoque al mínimo, por una serie de razones

largas que no son, del momento y cuyo comentario nos llevaría ahora demasiado tiempo.

Creo que la mayoría de los psiquiatras del mundo se hallarán 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 los enfermos que ingresan y que acuden a las consultas psiquiátricas; a pesar de este aumento ha disminuído o disminuye o, por lo menos, no aumenta proporcionalmente el número de los que quedan internados como enfermos crónicos. Hoy es posible, además, atender mayor número de enfermos en tratamiento ambulante sin necesidad de que ingresen en el hospital. 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 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 obtenidos es evidente, según mi propia experiencia. Por ello creo llegado el momento de detenerse 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 maniaco-depresiva o ciclotimia, la esquizofrenia y las neurosis. Las depresiones endógenas son las enfermedades más resistentes 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 seductor resulta aún, al menos a mis ojos, la interpretación antropológico-existencial 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 que hay alguien que se da cuenta de la profundidad abismática 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 ser más precavido—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 que ésta sea inútil, sino que en muchos casos no debe tener una cierta prevalencia con respecto al electro-choque. Es más, un estudio estadístico demuestra que la permanencia de las depresiones en la clínica actualmente 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 psicótropos en la terapéutica de las depresiones, factores demasiado conocidos para que me entretenga en su descripción. Hoy es posible, no sólo el tratamiento ambulante de muchas depresiones. Esto ya era posible mediante el electrochoque, sino el tratamiento en el propio medio familiar. A nuestro ambulatorio acuden muchos depresivos que viven en pueblos más o menos distantes de Madrid. En algunos se halla indicada la hospitalización, en otros la permanencia en la ciudad para el control del tratamiento en el mismo ambulatorio, pero en otros casos el enfermo regresa a su propia casa en un pequeño pueblo y su médico de cabecera sigue las incidencias de la terapéutica con arreglo a las pautas que se le envían desde el ambulatorio, hasta que llega el momento del alta, salvo que cualquier incidencia exija una nueva consulta del enfermo. Quiérase o no, todo ello es un grande, un enorme progreso en la terapéutica. Para muchos enfermos no hay mejor medio que su propio medio familiar, ni gente más solícita afectivamente para acompañarle en su sufrimiento que su propia familia. La reintegración al trabajo se hace, además, con mayor facilidad, precisamente porque las terapéuticas farmacológicas han permitido el mantenimiento del enfermo en el propio medio familiar y social. Ello sin tener en cuenta la intervención de otros factores, por ejemplo, la dificultad de la reintegración al trabajo que crea el síndrome psicoorgánico post-electrochoque.

Es innegable que plantearse 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 es más estrecha. Los fármacos, pues, abren en la acción del psiquiatra muchas posibilidades sociales.

Algo análogo ocurre con las esquizofrenias. Desde hace años en nuestro servicio tenemos una 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 distribuídas

por todo el perímetro de la ciudad—. El otro canal es el del que acude a la consulta externa y es ingresado, por necesidad de tratamiento o por necesidad de asistencia social por el médico que lo recibe. Pues bien, sólo el 10 por 100 de los ingresos se realizan 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 ambulatorio. El área de acción de este tratamiento ambulatorio 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 debemos preguntar qué síntomas son los prevalentemente modificados. En la esquizofrenia se han distinguido con frecuencia de síntomas *primarios* y los *secundarios*; entre nosotros, por lo menos entre mis colaboradores, usamos la misma designación de síntomas primarios para aquellos aislados por la escuela fenomenológica de Heideberg, pero en cada autor estos términos han tenido un sentido distinto. Para K. Schneider los síntomas primarios—mejor dicho, de primer orden—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 del proceso 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 estos síndromes se hallan más alejados 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. Brill y Patton dice: "Hasta el momento presente las drogas se han demostrado más efectivas en reducir los síntomas activos positivos que en controlar los negativos, tales como la inercia ocupacional, la incapacidad vocacional, la falta de iniciativa para una ocupación constructiva." Se logra, pues, una curación con defectos; precisamente aquí es donde la terapéutica reabilitadora 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 pueda conseguirse con la terapéutica intramural. Tal posibilidad se acrece tanto más cuanto menos desestructurada esté la personalidad del enfermo. Y esta desestructuración es menor cuanto menores 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 *transferecia delirante* puede facilitar, dice, la realización simbólica de tensiones reprimidas que no pueden descargar 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 ("nicht habenkönnen psychotischer Erlebnisse (v. Baeyer)") despoblándoles de espectros amenazadores mediante la sedación farmacológica. Y si esta medición no es capaz de crear una *transferecia vital*, como dice Barahona, que sitúe 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 más o menos interés o entusiasmo en los médicos, y de que este entusiasmo actúe como un factor curativo, sino de que mediante ellas se crea una nueva situación terapéutica y de que de esta nueva situación surgen perspectivas nuevas y más amplias para la acción psicológica y social de los médicos y de sus colaboradores. Hemos de huir de formulaciones simplistas de los problemas tal como se habla en la disyuntiva: o drogas o psicoterapia o rehabilitación.

No podemos, pues, afirmar que las drogas influyen *directamente* en el proceso que podríamos llamar de fisión de la personalidad esquizofrénica.

Aunque es probable que mitiguen sus tendencias destructoras. Pero esto lo que indica es la necesidad de que la investigación farmacológica avance, y podemos tener la esperanza de lograr esa acción con nuevos fármacos o con nuevas terapéuticas, aunque probablemente estemos aún lejos de ellas.

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 más en atender a su acción psicopatológica y no contentarnos con una somera evaluación estadística. En la manera actual de trabajar, en el fondo parte de una disociación entre los laboratorios farmacológicos y la clínica. En los laboratorios farmacológicos se sintetizan los productos y se hacen ensayos sobre animales. Los ensayos que se hacen sobre animales son, desde el punto de vista psicológico naturalmente, muy rudimentarios y no tienen nada que ver con lo que ocurre en la clínica. Realmente se busca si un determinado medicamento es capaz de inhibir ciertos reflejos en los animales, ciertas actitudes condicionadas que se crean en ellos, etc., cuando un medicamento muestra estas propiedades farmacológicas entonces se ensaya en la clínica, pero por eso es por lo que se producen después descubrimientos que son muy eficaces, pero que demuestran un poco lo a ciegas que se trabaja en este terreno. Por ejemplo, el descubrimiento de algunas de las series de medicamentos anti-depresivos se ha hecho a pesar de que la investigación farmacológica y la propuesta clínica era para que se usara en las esquizofrenias, se vio que no eran válidos en las esquizofrenias, y entonces, por casualidad, se apreció que eran extraordinariamente válidos en las depresiones. Por ello el clínico tiene que plantearse el problema de una manera que sea útil al farmacólogo. Freyhan planteó el problema del "target symptom". El síntoma clave puede no ser el síntoma característico. En las depresiones se halla, quizá, una coincidencia entre ambos. 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 la depresión endógena. 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, el mal 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 (Buiswanger, Zutt) tratan de salvar la insuficiencia de estas descripciones fenomenológicas. Lo cierto es que ideas delirantes, sentimientos de influencia, trastornos subjetivos del pensamiento, etc., 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 cristalizaciones de un especial estado de ánimo.

Esto ocurre en la primera fase del proceso ("akinetische-abulische Dämpfungssyndrome in Sinne von Flügel"). Para el porvenir del enfermo lo importante es detectar si tras esa tormenta la personalidad sufre o no una mutación, que es como una escisión o rexis de la personalidad. El proceso posteriormente tiende a su estabilización y las drogas actuales favorecen esa estabilización con un mínimo de desgaste; pero se muestra impotente 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 mucho menos visible. Obsesiones, sentimientos de culpabilidad o ideas delirantes de culpabilidad, de ruina o hipocondríacas cubren la escena. En algunos de estos enfermos vemos cómo 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 una más 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 y hasta imprescindibles, pero no bastan.

* * *

Hace todavía unos pocos años hubiérase considerado poco menos que blasfematorio 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 la renuncia, por parte del psicoanalista, a cualquier fármaco porque puede perturbar la transferencia. En el excelente y exhaustivo libro de Delay y Deniker sobre los "Méthodes chimiotherapiques en Psychiatrie" no se encuentran más que indicaciones someras sobre el tratamiento farmacológico de las neurosis. En la misma línea de prudencia se mantiene Kalinowski y Koch 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 hubiesen requerido una larga psicoterapia, han cedido con relativa facilidad, sin más que un tratamiento farmacológico, 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 habitual de la psiquiatría alemana o resultados de "reacciones conflictuales externas o internas" según se formula en otras áreas psiquiátricas. La anomalía de la reacción se halla, según es comúnmente aceptado, en los impactos más o menos traumatizantes que el sujeto recibe a lo largo de su vida, y especialmente en la edad infantil. Es decir, las neurosis son *pura psicodinamia*. Estas interpretaciones de la dinámica neurótica pasan por alto varios hechos sobre los cuales quisiera llamar la atención, aunque sea brevemente. Para mí es un hecho comprobado por la experiencia clínica que gran parte de los síndromes que se diagnostican de neurosis y aún muchos trastornos psicósomáticos *cursan espontáneamente de un modo fásico* (López Ibor, Ernst). Muchas veces el psicoterapeuta tiene la impresión de que la desaparición de las 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 endo-reactivas de Weitbrecht, timopatías de López Ibor, depresiones reactivas vitalizadas de Staehelin, etc.).

El núcleo de la 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 su misma cualidad. No es, pues, una angustia psicogenéticamente determinada. Por otra parte, como acabo de decir, existen cuadros clínicos que pueden 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 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 llamará menos la atención que también las neurosis muestren un frente accesible farmacológicamente, análogamente a como lo ofrecen las depresiones: es decir, *que en ellas haya 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 las defensas del yo, la transferencia, etcétera, etc. *La represión no viene de la angustia, sino que la angustia*

engendra la represión, decía Freud. En las neurosis existen períodos creadores de síntomas y otros en los que esta fuerza creadora se halla disminuída; tales oscilaciones dependen de la *presión angustiosa*. La transferencia, por otra parte, es un fenómeno de *absorción angustiosa*. La fortaleza del yo depende de que el yo se halle más o menos inundado de angustia, etcétera, 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?

De ninguna manera nos permitirá este punto de vista esquivar el problema de la *personalidad neurótica*. Al contrario, nos arrojaría nuevas luces sobre su estructura. ¿Por qué, en un caso, la angustia vital desaparece y la neurosis presenta un 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 exponer ante ustedes la multitud de cuestiones que este punto de vista presenta. Sólo quiero 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 éstas obliguen a reformar la teoría de las neurosis.

Ya sé que hablar de "fármacos en las neurosis" es algo que roza la heterodoxia; más delicado resulta en el momento en que se ha descubierto que, desgraciadamente, una droga tranquilizadora 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 (Janz y otros muchos). Este es uno de los aspectos sociales más urgentes en el uso y difusión de los fármacos psicotropos. Los psiquiatras debíamos 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 su 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 una píldora para amortiguarla? De esta manera nos exponemos a hacernos cómplices de una especie de "farmacología del bienestar". Creo que desde el punto de vista de la clínica psiquiátrica haríamos mejor en esforzarnos en encontrar las diferencias 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 situada actualmente, como otras ciencias, ante uno de los

problemas metódicos de más porte: *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. Crisis aunque sea de crecimiento. Pues bien, la terapéutica farmacológica viene a evitar que el crecimiento de la psiquiatría sea monstruosa por hacerse en una sola dirección. Los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad forman parte de la misma estructura que sus aspectos dinámicos. Una hipertrofia de aquellos desnaturalizaría la psiquiatría. Con frecuencia hago alusión a un libro que sintetiza este punto de vista y que se ha publicado en los Estados Unidos últimamente, que habla del mito de las enfermedades mentales. A propósito de la histeria, de lo que el histérico tiene aparentemente como simulador hace el tránsito a las enfermedades mentales y dice que, en definitiva, los trastornos psíquicos no pertenecen a la medicina, sino que son una especie de una ciencia que puede ser una rama de la sociología, pero que no pertenece a la medicina, puesto que la medicina sólo debe de ocuparse de las enfermedades corporales. Para esto, aun afectando a este principio, resulta que nos queda un gran grupo de trastornos de la conducta en los que su base está, en definitiva, en una alteración corporal. El hecho de que no se haya encontrado anatomía patológica en muchas enfermedades no niega la posibilidad de que se encuentre algún trastorno de carácter; por eso el psiquiatra usa la palabra somatosis, de alguna de carácter somático. El hecho de que los trastornos tengan una base somática no quiere decir que no tengan una estructura psíquica sobreañadida, la gran importancia está en saber analizar acaso en cuánto hay de somático y cuánto hay de neurodinámico, y cuánto fisiodinámico y cuánto hay de psicodinámico. Por eso la presencia de las drogas en Psiquiatría no modifican la asistencia, sino que van a modificar la situación actual de la Psiquiatría, van a modificar toda la teoría psiquiátrica y la van a incorporar cada vez más a la medicina que por los progresos de la psicoterapia, por los progresos de la asistencia social, etc., está todavía en trance la psiquiatría de aislarse como una isla independiente del resto de la medicina y quedarse en una posición intermedia entre la medicina y una especie de socioterapia, y yo propugno precisamente el que la psiquiatría no pierda sus bases médicas, y lo propugno no por ninguna posición especial, sino simplemente por un prurito, por un deseo de encontrar la verdad en nuestros enfermos, que es para nosotros lo más importante.

Nada más, y muchas gracias.

