

SIMPOSIO

Uso y abuso de tranquilizantes ¿para tranquilidad de quién?*

I. EL MEDICO NECESITADO DE TRANQUILIDAD. LA ANSIEDAD DEL PACIENTE COMO PROBLEMA TERAPEUTICO.

FERNANDO MARTÍNEZ-CORTÉS‡

Hay dos formas de abordar los problemas cotidianos del ejercicio de la medicina: 1) como asuntos puramente científicos, más concretamente biológicos o biomédicos, reducidos casi siempre al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades y 2) como acciones humanas fundamentadas no solamente en hechos o hipótesis de carácter biológico, sino basadas también en hipótesis y hechos de otras ciencias y hasta en experiencias empíricas.

Bajo este último punto de vista ha sido organizado el presente simposio, que únicamente se refiere a los tranquilizantes llamados menores, conocidos también como drogas antiansiedad o medicamentos ansiolíticos.

En consecuencia, nuestro punto de partida es considerar al uso y abuso de estas drogas como un acto no puramente basado en las ciencias biológicas aplicadas a la medicina, sino como una decisión de base múltiple —biológica, social, psíquica, cultural— en la que están involucrados por lo menos dos elementos: 1) el médico que receta o prescribe tranquilizantes y 2) el sujeto que los toma (o se los inyecta), ya sea por indicación médica o como un caso más de automedicación.

* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 24 de agosto de 1977.

‡ Académico titular. Hospital General de México. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Respecto del médico que prescribe tranquilizantes, en primer lugar nos interesa conocer la información que posee y los criterios que utiliza para recetar este tipo de medicamentos. El asunto puede resumirse, por lo que toca a la información biológica, en el conocimiento del substrato orgánico, neurofisiológico y bioquímico de la ansiedad, aunado al conocimiento de sus causas y de sus manifestaciones clínicas. Tal saber deberá completarse con el de la acción farmacológica de los tranquilizantes. Apoyado en estos dos pilares, el médico está en posibilidad de elegir sobre bases científicas el tipo de medicamento, la dosis, la vía y horario de administración y la duración del tratamiento.

Pero resulta que la decisión de recetar determinada droga casi nunca la toma el médico basado solamente en razones científico-biológicas ni la acción del medicamento se restringe a su efecto farmacológico propiamente dicho. Recuérdese al respecto la influencia del color y el tamaño de las pastillas, la del estado de ánimo del sujeto que las toma, en especial su genuino deseo de sanar. Recuérdese también la influencia del médico que las receta y los buenos resultados terapéuticos que se obtienen con cualquier medicamento cuando la relación médico-paciente es excelente.

Estos aspectos tan importantes en el uso de todos los medicamentos son más aparentes en el caso de los

tranquilizantes. Dejemos por ahora asunto tan importante y volvamos a la información de la que el médico echa mano para usar drogas anti ansiedad. Antes de que digamos en forma contundente que la información biológica no es suficiente para el correcto uso de los medicamentos que ahora nos ocupan, señalemos que ni siquiera contamos hoy en día con una información biológica suficiente sobre los dos aspectos centrales del problema, es decir, respecto a las alteraciones biológicas a nivel cerebral que se manifiestan en ese desasosiego interior, en esa sensación de temor a todo y a nada, en ese estado de alerta permanente que parece ser el punto de partida de las polimorfos reacciones de ansiedad, psíquicas y somáticas.

El otro aspecto del problema, que también desconocemos, es la acción farmacológica de los prototipos de los tranquilizantes menores: los meprobamatos y los derivados de la benzodiazepina. Respecto al primero, en la última edición del tratado sobre farmacología de Goodman y Gillman se lee que "el lugar y modo de acción del meprobamato en el sistema nervioso central no se conoce".¹ Sobre los derivados de la benzodiazepina, en la misma fuente se dice que el mecanismo de su acción como ansiolíticos aún no se puede definir.

Esto no quiere decir que tales medicamentos y otros del mismo grupo, no tengan claras y bien demostradas acciones farmacológicas sobre el sistema nervioso central y que no sirven para aliviar la ansiedad clínica, aunque a veces tengan efectos paradójicos. Lo único que hemos querido decir es que se desconocen las bases neurofisiológicas o bioquímicas de la ansiedad¹ y que, por tanto, no es posible saber, a ese nivel, por qué determinados medicamentos son ansiolíticos. Cuando aprendamos a concebir el cerebro como un todo, así como a nuestros razonamientos y afectos, es posible que no nos inquietemos tanto por encontrar eslabones individuales y únicos de causas, efectos y contracausas.

Ahora ya es tiempo de decir que para prescribir tranquilizantes no basta el conocimiento biológico, por más completo que este sea. Y es que la ansiedad es un fenómeno plenamente humano, normal a menudo, anormal a veces y, aún en este caso, no siempre motivo de una acción curativa racional y tranquila y mucho menos del furor terapéutico propio de ciertos colegas.

Hebe Serrano, psiquiatra, nos dirá en su presentación que la ansiedad es una experiencia humana. ¿Es suficiente la biología para conocer y entender las experiencias humanas? Desde luego que no. Y no vayamos a repetir la trivialidad de que puesto que en todo interviene nuestra biología, todo puede reducirse a ella. Es cierto que si yo me agacho para recoger del suelo una piedra y arrojársela a determinada persona

hago uso de mi sistema nervioso, de mis músculos, del metabolismo que me proporciona energía. Sin embargo, la biología ya no me ayuda para saber si quiero herir en la cabeza al sujeto a quien va dirigida la pedrada, si trato de jugarle una broma o simplemente de llamar su atención.

Esta experiencia humana y universal que es la ansiedad está en cada uno de nosotros, ya explícita y "derecha", ya deformada o de plano enterrada en nuestra interioridad. En cuanto al límite entre la salud y la enfermedad que traza la ansiedad, la línea, como muchas otras que dividen lo patológico de lo que no es, es una línea imprecisa. En la distinción entre estos dos estados interviene la cantidad, la oportunidad y el tiempo de la ansiedad. Se dice que la ansiedad es normal cuando el peligro que alertó al sujeto es real, aunque no se conozca, que aparece con la oportunidad debida para que el sujeto esté en guardia y que dura el tiempo que el peligro tarda en aclararse o disiparse.

Por lo contrario, la ansiedad patológica es excesiva o desmesurada y no es oportuna ni en su aparición ni en su disipación. Todo es así porque la ansiedad patológica es una reiteración o una reminiscencia. Se repite o reitera una vez más un estado ya viejo en el sujeto, se recuerda y despierta una antigua ansiedad o los motivos para que ésta alcance intensidad anormal y, desde luego, para que aparezca aparentemente sin motivo y se prolongue sin razón.

En *El problema de la ansiedad*,² Freud presentó, hace más de 50 años, su más acabada teoría de la ansiedad, según la cual esta es la reproducción de un peligro que amenazó al individuo en el pasado. Funciona como una señal, ante un nuevo peligro. De acuerdo con esta teoría, el médico está obligado, por lo menos, a dos cosas: a desenterrar aquel evento que tanto conmovió a la persona, y a descubrir los peligros actuales que sólo cobran tal sentido por su relación con lo sucedido en el pasado.

Ya sea que se opte por la tesis freudiana, que se acepte que la ansiedad proviene de la represión de impulsos hostiles como opina Alexander³ o que sea la consecuencia de que el niño no disfrutó de la aprobación de las personas mayores e importantes para él (Sullivan),³ en ningún caso se trata de conocimientos biológicos. Igual sucede si se concede beligerancia a la opinión de Fromm sobre la participación de la cultura en la génesis y conformación de la ansiedad.

Pero resulta que el médico es también un ser humano y que, por tanto, experimenta ansiedad normal o patológica. En consecuencia, para hacerse cargo de los problemas psiconeuróticos en la forma más racional posible, es necesario que el médico tenga alguna

información sobre su propia personalidad. Un médico que no tolera la propia angustia y ansiedad o que no sabe manejarla, difícilmente la tolerará y sabrá manejarla psicoterápicamente en los demás. La medida apropiada a su manera de ser es la prescripción de tranquilizantes de buenas a primeras. El médico que teme a la ansiedad y a la angustia, no ve estos cuadros en los demás o los exagera y combate con pasión.

En síntesis, la información que debe poseer el médico para hacer un buen uso de los tranquilizantes debe ser biológica, psíquica y sociocultural. Además, y este asunto merece reflexión reiterada, el médico debe conocerse a sí mismo, por lo menos en sus rasgos de personalidad más importantes. En lo que concierne al sujeto que toma medicamentos tranquilizantes, es importante conocer por lo menos los siguientes puntos: 1) el problema de salud por el que se requiere el empleo de estas drogas; 2) la información científica que el sujeto tiene sobre su acción; 3) sus creencias extracientíficas respecto a ellos y 4) su personalidad.

Respecto al problema de salud por el que se requiere el uso de drogas contra la ansiedad, ese tipo de emoción que se define como el sentimiento de la inminencia de un peligro indeterminado de donde deriva un estado de alerta, de expectación ante una catástrofe imprecisa, a lo que se agrega una sensación de impotencia,⁴ puede presentarse y expresarse tal cual o ser controlada por los mecanismos de defensa, de lo cual resultan los diferentes tipos de psiconeurosis, incluida la depresión.³ Para el asunto que venimos tratando importa recordar que los límites entre los cuadros de ansiedad y angustia son bastante artificiales y que hay quienes fincan esta diferencia en el predominio o exclusividad de los síntomas subjetivos o de los somáticos. La ansiedad sería fundamental o únicamente una manifestación psíquica; la angustia sería solamente o sobre todo un conjunto de manifestaciones somáticas.⁴ La identificación clínica de este complejo ansiedad-angustia sería el punto de partida para la prescripción racional de medicamentos tranquilizantes.

Sin embargo, el problema tiene que evaluarse no solamente desde el punto de vista del médico, sino que se deberá tener en cuenta la extensión y profundidad en que la ansiedad altera la existencia del sujeto. Aquí, como en otros campos del ejercicio de la medicina, no es bueno aplicar criterios estereotipados, generales por supuesto, sino personalizar el problema, para lo cual no basta con identificarlo racionalmente. Es necesario además, entender la significación que tiene en la vida del sujeto, en qué medida y forma la altera o, en ciertos casos, evidentemente no cien por

ciento normales, la completa.

La información científica que tiene el sujeto que toma tranquilizantes sobre tales productos depende de su clase social y de su cultura, ambos factores estrechamente relacionados en nuestro medio. En general, la información que se tiene es deformada, ya sea como resultado de la tendencia sensacionalista o amarillista que tanto gusta, o por la orientación de la industria farmacéutica a convencer sobre las casi siempre exageradas bondades de los tranquilizantes que fabrica.

Lo que llamamos creencias respecto a las drogas anti-ansiedad, son las ideas que la gente se forma al mezclar la información que recibe con sus propias creencias y sentimientos, principalmente con lo que desea vehementemente, con sus necesidades más apremiantes. Por ejemplo, la medicina precientífica se ha dividido en empírica y creencial, siendo la primera la que se fundamenta en observaciones que el hombre registra sin añadidos o deformaciones, y la segunda, la que parte de suposiciones o creencias casi siempre de carácter sobrenatural, aunque muchas veces originadas en observaciones de la realidad. En este caso, la necesidad imperiosa de encontrarle una salida a la enfermedad y a la muerte obligó al hombre a crear determinadas ideas o entidades, y a creer en ellas.

Algo parecido sucede con los medicamentos tranquilizantes. La necesidad de encontrar la calma, aunada a la costumbre tan actual de hacer poco o nada por resolver personalmente los propios problemas y de esperar que todo venga de fuera, hacen que el hombre de hoy vea en los medicamentos tranquilizantes la solución más fácil a su ansiedad, a su angustia, a la escasa disposición que tiene para encararse con sus propios conflictos, resolverlos o vivir con ellos de la mejor manera posible. Recurrir sin más ni más a los tranquilizantes —y esto reza tanto para el médico como para el paciente— sería una manifestación más de lo que Illich ha llamado medicalización de la existencia humana.⁵

Todo lo anterior forma parte de la personalidad del sujeto que toma tranquilizantes. Únicamente diremos que además de estos factores que podríamos llamar sociales, es precisamente en la formación de la personalidad y en su estructura donde se encuentra el origen de la ansiedad. Por tanto, el conocimiento de aquélla es indispensable para entender el carácter dinámico de la ansiedad y para planear el manejo más adecuado.

REFERENCIAS

1. Goodman, L. S. y Gillman, A.: *The pharmacological basis of therapeutics*. Nueva York, Macmillan, 1975, p. 188.

2. Freud, S.: *Complemento al tema de la angustia*. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948, tomo I, p. 1272.
3. Slap, J. W.: *The classification of psychoneurosis*. En: *Psychosomatic medicine*. The First Hahnemann Symposium. Nodine y Moyer (Eds.) Filadelfia, Lea & Febiger, 1962, p. 7.
4. Dongier, M.: *Neuroses et troubles psychosomatiques*. Bruselas, Dessart, 1967, p. 48.
5. Illich, I.: *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Ed. Barral, S.A., 1975, p. 35.

II. MEDICO MANIPULADO Y MEDICO MANIPULADOR

HEBE SERRANO - FUENTES

La aplicación maravillosa de los progresos científicos a la medicina humana, no anula su misterio, sugiere la reflexión y la preeminencia del pensamiento.

J. M. Coldety

Las condiciones de vida actual, provocan en el hombre situaciones conflictivas, a las que debe adaptarse o ceder, cayendo frecuentemente en la angustia o en la neurosis.

Ambas situaciones son la resultante de una civilización tecnificada y gravemente deshumanizada, que le somete a una continua adaptación, ante condiciones cambiantes, hostiles y agresivas, basadas en problemas económicos, de asentamientos humanos, incomunicación, automatismo laboral, despersonalización masiva, o pérdida de la cohesión familiar. Sin embargo, son los factores constitucionales y caracterológicos los que deben considerarse primariamente, si hemos de hablar del hombre contemporáneo, quien ubicado en un contexto sociocultural, en conflicto con su mundo y consigo mismo, continúa siendo un ser sensible, frágil, dominado por sus sentimientos y agitado por sus pasiones. Los valores recibidos, las instituciones educativas y religiosas, el marco legal y el grado de integración individual, todo, contribuye a crear conflictos, que se expresan en ansiedad.

¿Será verdad, que nuestra época es la era de la ansiedad? . . . Por lo menos, se acepta como parte formal del crecimiento de la personalidad, una dosis de *ansiedad normal*; de su intensidad y duración, depende que se convierta en patológica o aún más, que llegue a una reacción de pánico, cuando su intensidad sea desorganizadora. La pregunta para el clínico siempre se hallará un poco apartada de estos problemas

mayores, acerca de la salud en nuestra cultura. Para él, la pregunta pudiera ser: ¿Por qué es tan ansioso mi paciente? Sobre todo, si se observa en éste esa "ansiedad flotante" que por momentos se acentúa, a tal grado que ocurren sensaciones corporales desagradables, que se sabe que corresponden a mecanismos psicofisiológicos, difíciles aún de explicar, como el dolor precordial, sensaciones extrañas en la cabeza, hinchazón, crepitación y otras.

Son conocidas ampliamente, las manifestaciones somáticas de la ansiedad. Las más frecuentes son las siguientes:

Perspiración excesiva

Tensión musculoesquelética: cefalalgia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.

Respiraciones suspirantes

Síndrome de hiperventilación: disnea, vértigo, parestesias.

Trastornos funcionales gastrointestinales: dolor abdominal, anorexia, náusea, mal sabor de boca, distensión, diarrea, constipación, sensación de "vacío" en el estómago.

Irritabilidad cardiovascular: hipertensión sistólica pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, desfallecimiento.

Disfunción genitourinaria: frecuencia urinaria, disuria, impotencia, y en las mujeres, dolor pélvico o frigidez.

La ansiedad evidentemente tiene fuentes individuales diferentes de un ser a otro, dotación genética, etapa de la vida, circunstancias, biografía.

El sistema neural, sustrato de la ansiedad, es activado por diversos estados patológicos, como la epilepsia y trastornos endocrinos, metabólicos o bioquímicos. Desde el punto de vista psicodinamista, la ansiedad forma parte de una señal de alarma, amenazante del equilibrio de la personalidad, la que cuenta con operaciones defensivas llamadas *mecanismos*, que como la represión y la sublimación controlan las demandas, la negación, la conversión, y otras conducen a la formación de síntomas neuróticos.

La correlación de la ansiedad con la neurosis es un hecho reconocido. Sin embargo, esta puede ser intensa en personas normales y leve en personas neuróticas. En el primer caso, limitará las actividades cotidianas, disminuirá la productividad, alterará la concentración, la memoria y la eficacia psicomotora. En el segundo caso, formará parte de entidades psiquiátricas, ya sea sola, o asociada a otros síntomas, como es en la depresión ansiosa, fobias, o conversión, aspecto este en que no nos detendremos mayormente, dada la índole de esta presentación. La ansiedad como experiencia humana, no puede sustraerse del complejo biopsicosocial

humano; las variadas manifestaciones provienen del sustrato biológico, punto de unión entre vida vegetativa, emocional, consciente e inconsciente, e intelecto. Si la ansiedad es consciente y leve, puede superarse racionalmente a través de la catarsis, pero si es inconsciente y se expresa a través de disfunciones orgánicas, podrá dar lugar a síndromes "psicosomáticos" o formar parte de una neurosis. Sea uno u otro, ¿cuál va a ser su manejo? . . . Es oportuno señalar que en el tratamiento de la ansiedad es primordial la ansiólisis, y después el control de las alteraciones neurovegetativas y del tono muscular. ¿Cómo se va a resolver la ansiedad? ¿Qué es esto, de la ansiólisis? ¿Un primer nivel de tratamiento? Seguro que es la primera medida de manejo que el médico tiene oportunidad de ejercer en su enfermo. Me refiero al efecto ansiolítico que en su relación con el enfermo crea como terapia.

Ahora bien, ¿qué fármaco sería aquel, que actuando en la esfera psíquica suprimiera la ansiedad, sin disminuir la capacidad reactiva ni causar euforia, que al actuar en la esfera neurovegetativa fuese un estabilizador funcional, sin deprimir, que normalizara el tono muscular y que además no produjese hábito o costumbre? Dicho medicamento, no existe hasta el momento.

Los tranquilizantes menores o ansiolíticos son relajadores musculares y equilibradores neurovegetativos: como los derivados del glicerol, mefenazina y clormezanona; los derivados del glicol, como el meprobamato, el hidroxifenimato, el tibamato, el fenaglicodol, el propanodiol; los derivados de la benzodiazepina, como el oxazepan, (clordiazepóxido), el diazepam, medazepam, lorazepam, la benzodiazepanona; los derivados del dibenzo-biciclo-octadieno, y otros como la trioxacina y oxipertina y finalmente, el sulpiride como un grupo muy especial.

Los tranquilizantes mayores en dosis pequeñas poseen acción ansiolítica y equilibradora neurovegetativa. Con frecuencia el médico general es consultado por enfermos con estados agudos de ansiedad, manifestaciones vegetativas graves o cuadros neuróticos conversivos o fóbicos; otras veces por padecimientos que evolucionan concomitantemente con ansiedad, no se diga, si son sujetos a exámenes paraclínicos u otros. Son incontables las oportunidades que el médico general tiene de prescribir tranquilizantes así como el especialista. Baste mencionar en forma breve, una serie de enfermedades frecuentes con un alto grado de ansiedad:

Cardiovasculares: Angor
Infarto
Hipertensión arterial

Gastroenterológicas:	Enfermedad ulcerosa Distonías vesiculares Colitis crónicas
Endocrinas:	Diabetes Hipertiroidismo Obesidad Síndrome premenstrual
Musculoesqueléticas:	Traumáticas Espásticas Reumáticas
Dermatológicas:	Eccema Localización facial Vitiligo
Ginecoobstétricas:	Aborto Embarazo Esterilidad Tumorales
Neurológicas:	Dolor Epilepsia, (pequeño mal) Enfermedad de Parkinson Secuela de accidente vascular cerebral
Pediátricas:	Hiperquinesia Daño cerebral Problemas de conducta
Geriátricas:	Cuadro involutivo
Quirúrgicas:	De toda índole

El uso de tranquilizantes constituye desafortunadamente un tratamiento sintomático que puede modificar en cierto grado la tensión y las manifestaciones autonómicas. Sus efectos sobre la conciencia, memoria y percepción no han sido del todo determinados. Por tal causa deben usarse con precaución, a dosis adecuadas y con objetivos definidos.

Sus contraindicaciones, muy precisas, son las siguientes: depresión, estados de coma, estados de inhibición por intoxicación alcohólica o barbitúrica, insuficiencias hepáticas graves y tendencia a la habituación.

La elección del ansiolítico y la posología, permanecen a nivel empírico, pues no hay forma de prever la respuesta clínica o un efecto secundario del medicamento. La evaluación de los resultados, no debe basarse en la desaparición de la ansiedad, sino en la posibilidad y capacidad del enfermo para adaptarse a su ambiente, a lo que contribuye grandemente el manejo psicológico y social del médico.

La mejoría clínica puede ser aparente, obligando a

prolongar el tratamiento; pero la corta duración de los síntomas permitirá un pronóstico optimista. La administración a largo plazo, acarrea numerosos problemas. Los pacientes inevitablemente se habitúan a ellos, es decir, el efecto disminuye; por consiguiente, deben realizarse esfuerzos para que el médico mantenga el nivel de dosificación lo más reducido posible; resulta conveniente que pasados unos cuantos meses, se deje descansar al paciente, interrumpiendo el mayor tiempo posible la medicación.

¿Qué indica este uso indiscriminado, este descontrol y múltiples prescripciones no justificadas del clínico? ¿Qué condiciones influyen en esa conducta de prescripción?

El médico, sujeto a este medio, numerosas veces señalado y a estas condiciones ansiógenas, no puede escapar y aún más, debe aprender a controlar su propia ansiedad, la que a veces es mayor que la de sus enfermos, ya que se enfrenta en ocasiones a su inexperiencia, a su anhelo de prestigio y de clientela, a su inmadurez, a su miedo, pero lo más trascendente, serán sus propios rasgos de carácter, sus conflictos y sus necesidades emocionales las causas de su ansiedad, cuyos mecanismos defensivos pueden interferir con el abierto contacto con el enfermo y una relación significativa. El marco del ejercicio profesional privado o institucional es un buen pretexto para el uso de la racionalización, que se expresa a veces en: "no tengo tiempo", "no soy consejero matrimonial", "tengo muchos pacientes", o "no entiendo de niños".

Ante estas actitudes y otras, la evasión, recurso frecuente aunque no útil, trata de controlar la ansiedad del médico, quien adopta decisiones erróneas en el uso de tranquilizantes, que van desde el manejo de cantidades excesivas, prolongadas más allá de lo adecuado o a destiempo dentro del ciclo circadiano.

Contribuye a todo esto y aún más, la buena fe, acompañada de ignorancia del médico, al creer en la efectividad curativa de los tranquilizantes ante la angustia.

Las progresivas cargas de pacientes, en instituciones con grandes núcleos de población, han creado un consumismo masivo de ansiolíticos, presionante o demandante.

La concesión de un poder mágico al medicamento por parte del paciente, hace caer frecuentemente al médico en tal creencia, a lo que contribuye la presión publicitaria pseudocientífica y comercial que lo lleva a creer en propiedades que las drogas no tienen.

La manipulación actual y que crea una fuerte presión acerca de "padecer de los nervios", "no lograr dormir", "estar traumatado", "estar frustrado", o "tener complejos", ha resultado un gran estimulante en la prescripción de tranquilizantes.

El médico, manipulado por el medio, por el paciente, por la propaganda de la industria farmacéutica, no ha tomado conciencia de que en esta era de los tranquilizantes, la farmacología no está interesada en investigar problemas básicos de la angustia, sino de proveer a la industria y al clínico, de drogas para modificarla, más no para resolverla. El impresionante desarrollo en el área de los psicotropos a partir de los trabajos de Laborit, es prometedor, pero representa mayores ventajas desde el punto de vista económico que científico.

La dependencia a los tranquilizantes ha aumentado 29 por ciento, a partir del año de 1962. En una estadística de Francia de 1972 se señala que 80 por ciento de los tranquilizantes son prescritos por el médico general. En Argentina, en 1974 se señala un segundo lugar en el consumo de medicamentos a los psicofármacos, después de los antibióticos.

En nuestro país, pese al insuficiente desarrollo farmacológico, y ante el desconocimiento de datos estadísticos, el planteamiento y el resultado de los problemas no son muy diferentes. Bástenos indicar la existencia en el mercado de más de cien productos, ansiolíticos, productos mayormente utilizados por médicos generales y especialistas no psiquiatras.

Pese a estas consideraciones alarmantes, pesimistas y de manipulación, los tranquilizantes o ansiolíticos han resultado ser una formidable ayuda en problemas de salud pública.

Una consideración final sobre el tratamiento de la ansiedad y respecto al uso y mal uso de los tranquilizantes es, que no siempre deben ser utilizados cuando la ansiedad no es patológica. Debe permitirse a una persona que se preocupe lo suficiente para ayudarse a sí misma, aunque no tanto como para volverse desorganizada e ineficaz.

III. ASPECTOS SOCIALES

RUBÉN VASCONCELOS*

La creciente complejidad de la medicina hace necesaria la incorporación de lo social en el examen de muchos problemas clínicos, pues de ese modo es posible hallar vías de solución para algunos de los enigmas planteados por todo paciente individualmente considerado; pero así como el niño no es igual a un adulto de tamaño reducido en cuanto a sus aspectos biológicos, psíquicos o sociales, tampoco el individuo

* Académico titular

es equivalente a una unidad cuya simple suma con las restantes unidades nos dé los resultados cabales del fenómeno social por investigar.

Por encima de lo cuantitativo y más allá de la suma de lo individual, lo colectivo encierra múltiples y variados factores procedentes de áreas de la sociedad, distintas del campo de la clínica y aún de la medicina en su totalidad. Es decir, los aspectos sociales de un problema médico colectivo no son únicamente los derivados de la suma de todos los individuales, pues son innumerables o difícilmente identificables los hechos de origen social capaces de provocar o de complicar un problema clínico.

Es común atribuir al médico el fomento de las modas en medicina y aún el auspicio de patologías colectivas como el consumo exagerado de medicamentos. El caso de los ansiolíticos es un buen ejemplo de ello; se atribuye al médico lo mismo el uso que el abuso de los tranquilizantes, sin parar mientes en los motivos determinantes de su elaboración y de su empleo creciente. ¿No tendrán significado social los datos proporcionados por Dionisio Nieto en su trabajo sobre los aspectos clínicos del sueño, en el que nos dice que el Veronal fue sintetizado en 1903 y desde entonces los barbitúricos estuvieron en boga hasta llegar a reunirse más de 50 sucedáneos?¹ En ese mismo trabajo agrega que el consumo de hipnóticos registró incrementos notorios a partir de 1953 en Inglaterra, Estados Unidos, Checoslovaquia y Australia.

Otros autores han señalado que la producción de barbituratos como el Veronal excede considerablemente las necesidades terapéuticas; Víctor y Adams² han estimado que estos productos aparecen involucrados en 20 por ciento de las intoxicaciones agudas tratadas en hospitales generales, en 6 por ciento de los suicidios y en 18 por ciento de las muertes accidentales, cifras no alcanzadas por ningún otro tóxico. En 1964 se registraron en Inglaterra 2 200 muertes por envenenamiento con barbituratos.

El conjunto de estos datos pone de manifiesto la existencia de fenómenos colectivos determinados por motivos ajenos a la medicina en su desencadenamiento y que llegan al médico sólo para la comprobación del daño sufrido. Por eso en este simposio, al tratar los aspectos clínicos, se ha hecho referencia a la automedicación; pero este fenómeno tiene mayor significado social que individualmente considerado, pues muy difícilmente puede ser consecuencia sólo de acciones del médico; en cambio, la automedicación es, casi siempre, signo del deseo de una persona de eliminar una molestia o buscar alivio sin ayuda del médico. Nuestra organización (?) social facilita esta conducta, por lo que el consumo de tranquilizantes y de otros medicamentos alcanza sin duda cifras se-

mejantes a las del consumo por prescripción profesional. Esto significa que la patología autotratada afecta a grandes grupos de la población, y su síntoma dominante bien puede ser la ansiedad, a la cual se refirió Willoughby³ cuando afirmó: "la ansiedad es la más prominente de las características mentales de la civilización occidental" lo cual no elimina la posibilidad de que en todos los tiempos hayan existido grupos humanos sujetos a inquietudes, temores y tensiones emocionales.³ Si nos hacemos la misma pregunta formulada por H. G. Wells: ¿cuál era la vida de la llamada muchedumbre en los grandes imperios de la Antigüedad?⁴ nos encontraremos con situaciones equivalentes; entonces las masas silenciosas vivían en la esclavitud, la guerra, el cautiverio y buscaban alivio en la magia o en las bebidas alcohólicas. La medicina no tenía intervención en algo considerado un modo de vida, un "destino" y no una enfermedad; por eso se ha afirmado en otros escritos que la medicina es una resultante cultural determinada por la influencia mutua de la profesión y la colectividad con sus peculiares rasgos ideológicos, artísticos, políticos o económicos. En esta interacción es frecuente que la medicina sea no el promotor, sino el satisfactor de necesidades de los grupos sociales, satisfactor no siempre efectivo ni bastante dócil, por lo que a menudo se le da la espalda para actuar al margen de ella, al amparo de sustitutos: la magia, los fanatismos, las "medicinas paralelas", en donde con facilidad se transforma una desviación de la fisiología en una franca patología como la farmacodependencia. En su estudio, de la Fuente⁵ encontró que los tranquilizantes menores son eficaces para reducir la tensión y la angustia; aunque con poca frecuencia producen dependencia, el propio autor señala que a partir de 1965 ha aumentado el consumo de drogas psicótropas y mientras en una universidad privada 19 por ciento de los alumnos usaron marihuana, 14.5 por ciento anfetaminas y 15 por ciento alucinógenos, en la UNAM el consumo fue menor, pero 10 por ciento de los alumnos de primer ingreso mostraron desórdenes emocionales graves. Caso también ha observado aumento en el por ciento de psicosis tóxica por drogas, con socio y psicopatologías previas y ataque en forma creciente, a pacientes cada vez más jóvenes.

En un excelente simposio sobre la angustia, coordinado por de la Fuente⁶ se la consideró parecida pero distinta del miedo; mientras éste obedece a algo concreto y bien determinado, aquélla se manifiesta ante lo desconocido, lo indefinible, y "en los últimos treinta años ha multiplicado su presencia".

Las crisis sociales, ubicuas en la historia humana, la aumentan y la diseminan y en nuestro tiempo, dice el autor citado, en la evolución amenazante de la

Cuadro 1 Información proporcionada al médico respecto a tres tranquilizantes, en los Estados Unidos de América y en México.

	Estados Unidos de América	México
CLOROPROMAZINA		
Indicaciones	7	26
Probablemente efectiva	2	0
Posiblemente efectiva	2	0
Contraindicaciones	13	4
Muertes por asfixia	1	0
Reacciones adversas	18	6
Persistentes o irreversibles	1	0
TIORIDAZINA		
Indicaciones	1	5
Probablemente efectiva	2	0
Posiblemente efectiva	4	0
Contraindicaciones	7	1
Reacciones adversas	20	4
TRIFLUOPERAZINA		
Indicaciones	1	4
Posiblemente efectiva	1	0
Contraindicaciones	13	9
Reacciones adversas	29	6
Reacciones ligeras	0	1

angustia "parece percibirse un cambio radical en la estructura del sistema (social)" (Ob. cit. p. 7). Xirau, en el mismo trabajo, afirma que no es posible trazar el origen de la angustia, pero se trata de algo que nos atañe, si atendemos al incremento de ella. Somolinos asoció también la angustia como enfermedad, con la sociopatología: "el proceso angustioso de la existencia actual nos lleva a las drogas y a la protesta" (Ob. cit. p. 23).

Al examinar las bases antropológicas de la angustia, Genovés planteó un interesante enfoque evolucionista al afirmar que "la vida no tiene otro sentido sino el de superar la inquietud fundamental, base de la angustia" y además considera a la inquietud un rasgo común de los seres vivos (Ob. cit. p. 26). Con él habremos de admitir que en lo individual la angustia ocasional es inevitable y muy posiblemente fecunda, pues uno de los mecanismos productores de la angustia es, para Genovés, la sensación de imposibilidad de transmitir hacia el futuro, por acciones, nuestro pensamiento, lo cual produce frustración por el temor de estar sujetos a una especie de "evolución sin transmisión".

Estas citas y comentarios son suficientes para dar

idea de la importancia de los textos citados, cuya actualidad persiste, pues la situación descrita a principios de este decenio mantiene su incremento progresivo.

Examinemos para terminar, uno de los más complejos aspectos sociales del problema, uno de aquéllos mencionados antes como no producidos por el médico, aun cuando inciden, de lleno, sobre la medicina de nuestros días. Se trata de un informe sobre la producción y venta, por las compañías multinacionales farmacéuticas, de los tres antipsicóticos mayores ampliamente usados. Aunque en el presente simposio se ha tratado sólo de los tranquilizantes menores, los datos que van a mencionarse revelan una situación general, un problema bastante más grave que el de tales o cuales drogas en particular, y nos permite ver con claridad, un ejemplo de las muchas complicaciones que nuestra cultura determina en la medicina actual.

Debemos a Silverman,⁷ bioquímico y farmacólogo e investigador de la Universidad de California en asuntos culturales, políticos y administrativos de la producción farmacéutica, la redacción de un documento revelador del desenfado, por decirlo muy sencillamente, con que proceden las grandes firmas farmacéuticas. En su libro *The drugging of the Americas* el subtítulo es explícito: 'De cómo las compañías farmacéuticas multinacionales dicen una cosa acerca de sus productos en los Estados Unidos y otra cosa a los médicos en la América Latina'. Se ha resumido la información en el cuadro 1.

Las discrepancias observables entre las informaciones proporcionadas a la profesión médica en los Estados Unidos, en México, América Central, Brasil o Ecuador, Colombia y Argentina, pueden tener muchas explicaciones, e inclusive atenuantes como nuestras limitaciones para la realización de estadísticas confiables o la desigual calidad de nuestros servicios médicos y tantos otros. Pero visto el asunto muy objetivamente, las discrepancias tienen todas el mismo sentido: más información, más precisión y más restricciones para el uso de estos medicamentos en los Estados Unidos, que lo publicado en los países latinoamericanos; de éstos se ha tomado sólo la información para México porque nuestro simposio está limitado a los aspectos nacionales del problema en estudio.

Si para cada medicamento se comparan las cifras correspondientes a las indicaciones (con sus variantes en cuanto a efectividad), las contraindicaciones (con variantes) y las reacciones adversas (cuadro 1), se verá que las indicaciones son en menor número y más específicas para los Estados Unidos que para México; en cambio las contraindicaciones son numerosas para Norteamérica y mínimas para México. Para valorar

la importancia de estas discrepancias Silverman señala en el texto de su libro, por ejemplo, que la cloropromazina, sintetizada por Charpentier en París, en 1952, pronto tuvo múltiples indicaciones, hasta ser empleada como tranquilizante menor, y se sorprende de que efectos como la agranulocitosis y las disquinesias tardías en labios, manos, pies y músculos posturales no sean citados en la información destinada a los países de la América Latina.

¿Qué piensan quienes hayan producido estas desigualdades en la información? Como atenuante se podría suponer que confían en la fortaleza de nuestra "raza de bronce" y sin agravantes pero con objetividad, lo menos que se puede decir es que su proceder obedece a que toman a nuestros pueblos a modo de concijillos de pruebas, desdeñando por completo su condición humana.

REFERENCIAS

1. Nieto, D.: *Aspectos clínicos del sueño*. GAC. MÉD. MÉX. 105: 261, 1973.
2. Víctor, M. y Adams, R.: *Barbiturates and other nonbarbiturate hypnotic-sedative drugs*. En: *Harrison's principles of internal medicine*. 6a. Ed. 1970, Vol. 1, p. 681.
3. Adams, R.: *The anxiety state*. En Ob. cit. Vol. 1, p. 97.
4. Wells, H. G.: *Esquema de la historia*. Madrid, Ed. Atenea. 1925, p. 138.
5. De la Fuente R.: *El problema de la farmacodependencia*. GAC. MÉD. MÉX. 103: 101, 1972.
6. De la Fuente, R., Frenk, S. y Argüero, y R. (Eds.) *La angustia*. México, Academia Nal. de Medicina, 1972.
7. Silverman, M.: *The drugging of the Americas*. Univ. of California Press. 1976.

IV. REFLEXIONES Y PERSPECTIVAS

FERNANDO MARTÍNEZ - CORTÉS

Al reflexionar sobre lo expuesto por los participantes en este simposio, debemos aceptar que hoy contamos los médicos con drogas neurofarmacológicamente activas que constituyen un valioso recurso para manejar los problemas de ansiedad o angustia.

Marcuse, pensador que ya empieza a pasar de moda, dijo en sus mejores días que la sociedad de consumo no tolera el sufrimiento. Y la ansiedad, y la angustia, son penas profundas, tristezas e inquietudes que saltan a la vista. No hace falta que lo dijera Marcuse para darnos cuenta de que los hombres de hoy difícilmente toleramos el dolor, el sufrir en general. Si médicos y pacientes pertenecemos a la misma sociedad no hay ninguna razón para pensar que entre unos y otros exista alguna diferencia en la actitud ante el dolor.

Estas consideraciones, desde luego que de orden general, permiten inferir que los tranquilizantes que prescribe el médico unas veces van dirigidos a calmar la ansiedad del paciente y otras, quizás no pocas, a mitigar la propia ansiedad. Estar en guardia ante esta contingencia permitirá hacer un uso más racional de las drogas ansiolíticas.

Hay ansiedades normales y patológicas. Puede no rebasar los límites de la normalidad la ansiedad que experimenta un médico abrumado de trabajo, obligado a atender a un número fijo de pacientes, generalmente considerable. En estos casos, el abuso de la prescripción de tranquilizantes tiene doble origen: esa ansiedad normal o seminormal del médico y la falta de tiempo para conocer más a fondo el problema —por eso se limita a dar un tratamiento sintomático— y para hacer algún tipo de psicoterapia.

El médico informado y formado bajo el molde organicista para quien el único modelo de enfermedad es el biológico o biomédico, no cree sino en la acción farmacológica de los medicamentos, niega todo valor a la psicoterapia, o cuando mucho la confunde con las buenas maneras y el "apapacho". Ignora, por supuesto, que él en persona actúa como medicamento. El médico que cree, como alguien dijera por otros motivos, que está de tal modo aislado con su paciente como si ambos estuvieran en una isla desierta, descarta toda influencia del medio, en especial del social. Por tanto, no sabrá que existe o no le importará conocer esa no aceptación del dolor, ese deseo de acabar con él a como dé lugar, sin poner nada de nosotros mismos que caracteriza a la sociedad de nuestros días. La experiencia de la enfermedad y del dolor como parte integrante de la existencia, como moldeadora y orientadora de ella, es algo que pertenece al pasado.

En el mismo campo de lo social se encontrará el origen de ideologías —que son verdades a medias— y de verdaderas mentiras de las que sin darnos cuenta médicos y pacientes somos víctimas. Lo que ha dicho Vasconcelos sobre la información acerca de los efectos indeseables de los medicamentos, todos los podemos constatar al comparar los anuncios de los medicamentos que aparecen en las revistas norteamericanas con los que se ven, sobre los mismos productos, en publicaciones nacionales. Si en verdad nuestra Academia desea contribuir a la solución de este tipo de problemas, podría empezar por preguntar a la dependencia gubernamental que tiene injerencia en este asunto, cuál es la razón de tal diferencia; si se debe, como ha ironizado Vasconcelos, al aguante de nuestra "raza de bronce" el hecho de que los mismos medicamentos produzcan en México, según la propaganda, menos reacciones indeseables que en el extranjero.

Si esta sociedad manipuladora y consumista ha de-

sechado el sufrimiento —aunque lo acepte con fines de lucro— a nuestra pregunta inicial sobre a quién van a tranquilizar los medicamentos ansiolíticos se le

puede dar una triple respuesta plenamente justificada: tranquilizan al paciente que los toma, al médico que los receta y a la sociedad.

IV Congreso de la Academia Nacional de Medicina

Ciudad de México

22 al 26 de enero de 1979