

Las posibilidades habituales del Meprobamato

Por el DR. MANUEL CORTIÑAS (2)

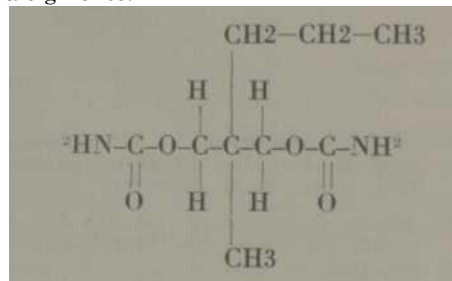
La amplitud y la continuidad con que el Meprobamato es usado en la práctica médica así como la utilización que del mismo hacen los pacientes sin previa autorización facultativa, hace imprescindible enjuiciar detenidamente, las posibilidades habituales de esta sustancia.

El Meprobamato, según la mayoría de los psiquiatras, es un medicamento útil y nosotros también estamos convencidos de su eficacia, a pesar de que todavía se duda y basta se niega por algunos investigadores y psiquiatras, que el Meprobamato tenga utilidad o constancia en sus efectos.

Este medicamento es de uso relativamente reciente, aproximadamente unos doce años. Químicamente, el Meprobamato es una sustancia orgánica cuaternaria, compuesta de carbono, nitrógeno, oxígeno e hidrógeno, considerándosele como derivada de la Mefenesina con la que guarda o comparte sus propiedades farmacológicas de relajante de la musculatura esquelética.

El núcleo fundamental del Meprobamato lo constituye un propano diol sustituido en carbono 1-3 por radicales del tipo carbamida. En el carbono 2 del propano se hayan injertados un radical propil y otro metil. Su nombre completo es:

Dicarbamato de 2 metil 2 propil 1-3 Propano diol. Su fórmula de constitución es la siguiente:



Dado que el interés fundamental de este trabajo es destacar las características habituales del Meprobamato, sólo haremos breve referencia a ciertas consideraciones médicas.

Acción farmacológica:

1. Relaja la musculatura esquelética.
2. Deprime los centros hipotalámicos y bulbares vasoconstrictores por lo que su sobredosificación puede producir hipotensión y colapso.
3. Bloquea y aminora las relaciones hipotálamo-corticales, lo cual pudiera explicar el efecto sobre la ansiedad y el estado de ánimo.
4. Antagoniza la estricnina y el leptazol y por nuestra parte, tenemos evidencia clínica que tiene antagonismos con las anfetaminas.
5. Refuerza los barbitúricos.

Acción terapéutica:

El Meprobamato actúa como hipnótico suave, sedante, relajante muscular y calmante de la ansiedad.

Acción tóxica:

Puede afirmarse que la intolerancia y toxicidad del Meprobamato a dosis terapéuticas son muy escasas, si bien es verdad, que dosis relativamente pequeñas han podido determinar indistintamente: astenia, somnolencia, náuseas, vómitos, erupciones cutáneas, edemas, etc., que ceden rápidamente sin consecuencia alguna, al suprimir el medicamento. En la literatura médica aparece reportado algún raro caso de púrpura o anemia aplásica y hasta un exitus; pero tal contingencia no merece ni tenerse en cuenta.

La sobredosificación es, por supuesto, cosa bien distinta; sin embargo, todos tenemos noticia de casos que han tomado Meprobamato con fines suicidas sin resultados fatales. Conocemos casos de haber ingerido de una sola vez hasta 60 tabletas de 400 mgr., es decir, 24 gramos con el resultado de un coma tranquilo con ligera repercusión cardiovascular seguido de una recuperación mucho más rápida que la observada en el coma barbitúrico.

Acción habituante:

La acción habituante del Meprobamato, no ofrece lugar a dudas. No sólo puede ser una dependencia psicológica sintomática, sino una dependencia o necesidad física caracterizada por un síndrome de falta, es decir, se trata de una habituación propiamente dicha. Decimos esto, porque para nosotros, no hay verdadera habituación sin dependencia física o síndrome de falta; es por ello, que disentimos del criterio que sostienen muchos psiquiatras e investigadores; pero

no cabe ahora en este trabajo analizar a fondo esta cuestión y sólo haremos algún comentario cuando enjuiciemos más adelante, los factores etiológicos de la habituación meprobamática.

Aspectos clínicos del hábito meprobamático:

La sintomatología de la habituación meprobamática se caracteriza fundamentalmente por: somnolencia, astenia física y psíquica, torpeza mental y una gran dependencia a la sustancia.

El paciente luce algo narcotizado, poco expresivo o desprovisto de colorido; trata por todos los medios de tener asegurada su provisión de Meprobamato; lo lleva en los bolsillos y se preocupa siempre de tenerlo en su casa o en su trabajo, y esto aún en Cuba, en que el Meprobamato es un medicamento de venta libre y sin receta médica.

El estado bradipsíquico, la somnolencia y la astenia, impiden al paciente desarrollar adecuadamente cualquier tipo de actividad, ya sea ésta manual, intelectual, deportiva, etc. Como consecuencia de todo ello, surge una ineptitud o incapacidad general del individuo y cualquier intento por disminuir o suprimir la droga, provoca el síndrome de falta, el cual se caracteriza por: inquietud, insomnio, dificultad para coordinar las ideas etc.

La situación es tan agobiante, que el paciente se ve obligado a recurrir al Meprobamato a pesar de sus mejores esfuerzos. La habituación es ya un hecho definitivo.

Etiología de la habituación meprobamática:

Aquí, como en cualquier otra enfermedad, cabe analizar dos elementos fundamentales:

1. Factores exógenos.
2. Factores endógenos.

El factor exógeno lo constituiría en este caso el Meprobamato. El Meprobamato puede de por sí, ser una sustancia habitante, tal como sucede con la morfina, la heroína, los barbitúricos, las anfetaminas, el alcohol, etc.

La naturaleza habitante de la morfina, el alcohol, etc., ha sido demostrada por diversos investigadores en animales de experimentación. Bien es verdad, que los que defienden el factor psicológico o conflictivo en la etiología de la habituación sostienen que se ha logrado producir habituación experimental en animales con neurosis provocada.

Nosotros admitimos el hecho de que la neurosis puede existir en cualquier animal y también que pueda ser provocada experimentalmente; pero no hay pruebas de que la habituación provocada en animales de experimentación se haya desarrollado porque estos eran neuróticos.

Por otra parte, se ha logrado producir habituación experimental sin hacer previamente neuróticos a los animales de experimentación.

De todos modos, resulta también evidente, que el factor exógeno por sí solo, 110 bastaría para producir la habituación, pues 110 se logra provocarla en todos los animales sometidos a la experimentación y además, porque si así fuera, todos los individuos que tomaran Meprobamato, barbitúricos, alcohol, etc., se harían forzosamente habituados, de aquí que se haya dado mayor importancia al factor endógeno representado por el paciente; y no es extraño, que siendo psiquiatras los que manejamos la patología de la habituación, hayamos (juerido ver en el factor endógeno un hecho psicológico o conflictivo que

haga a los pacientes refugiarse en la sustancia y llegar así a la habituación.

Nosotros, particularmente, no aceptamos tal planteamiento, ya que cualquier individuo puede inclusive psicológica o conflictivamente buscar la acción de la Clorpromacina y refugiarse en ella, pero no por eso adquiriría la habituación a esta sustancia.

Por otra parte, hay personas que suelen buscar alivio psicológico o conflictivo en ciertas sustancias consideradas como habitantes, tales como Meprobamato, alcohol, etc., y sin embargo, no llegan jamás a la habituación.

Es evidente que el ser humano puede buscar más o menos intencionalmente la acción farmacológica de una sustancia, pero carece de poder para escoger o no la habituación.

El hábito es siempre algo adicional a lo que tenía o no tenía el sujeto y es preciso separar claramente la acción farmacológica de la acción habitante.

El hábito dependería de la característica del organismo para cierta sustancia capaz de generar habituación.

Para nosotros, la habituación, como fenómeno patológico general depende de:

Primero. De la presencia de una sustancia de naturaleza habitante (factor exógeno).

Segundo. De la existencia en ciertos individuos de ciertos mecanismos (factor endógeno) que reaccionan adaptando el funcionalismo orgánico a la presencia de esa sustancia. Dicho mecanismo acompaña al sujeto toda su vida y funcionará cada vez éste se exponga a la sustancia habitante.

El criterio que acabamos de señalar fue ampliamente expresado en un trabajo que presentamos al Staff Médico del Hospital Psiquiátrico de la Habana.

antiguo Hospital de Dementes, en el mes de enero de 1965, bajo el título: "Teoría de la Adaptación Bio-patológica en la Etiología del Alcoholismo y en la Habitación en General"³

Tratamiento de la Habitación meprobamática:

Lamentamos no poder ofrecer concretamente un esquema formal de tratamiento dado que sólo hemos tratado en total 4 casos. Resulta pues aventurado que con tan escasa experiencia, vayamos a establecer criterio sobre aspecto tan fundamental. Sólo diremos que hubimos de guiarnos por nociones generales de habitación y ciertas características específicas del Meprobamato como sustancia.

Nuestros pacientes fueron tratados a base de supresión *lenta* del Meprobamato y Psicoterapia Directiva. Uno de nuestros casos requirió tratamiento por electroshock debido a la aparición de una psicosis paranoide aguda ocasionada por la supresión brusca del Meprobamato en los primeros días de estar ingresado el paciente, ya que es imposible el tratamiento ambulatorio en este tipo de habitación y hubo que recluirlo en un Sanatorio de Enfermedades Mentales.

CASO No. 1

Paciente de 43 años de edad. Técnico en electrónica. Su economía es puesta en precario a consecuencia de su alcoholismo por el cual le habíamos indicado 2 tabletas de Meprobamato tres veces al día como parte de su tratamiento. Curado del alcoholismo, mantiene y aumenta la ingestión de Meprobamato hasta consumir 30 tabletas diarias que lo mantienen en un estado de somnolencia persistente.

Lo ingresamos en un Sanatorio y observamos que casi antes de las 48 horas de no ingerir Meprobamato, desarrolla un síndrome delirante de tipo persecutorio que se acompaña de gran ansiedad. Indicamos electroshock y 6 tabletas de Meprobamato diarias, comprobando que al tercer electroshock, es decir a los seis días de tratamiento desaparece completamente la reacción psicótica paranoide. Mantuvimos por espacio de 30 días el Meprobamato, hasta que suprimido completamente y de modo gradual, el paciente es dado de alta a los dos meses de su ingreso. Han pasado diez meses de su alta y se mantiene curado.

CASO No. 2

Se trata de un paciente diagnosticado de neurosis de ansiedad por un compañero del Dispensario de Higiene Mental y Psiquiatría de la Habana. El enfermo es un joven de 32 años de edad que se queja de falta de memoria, insomnio rebelde, nerviosismo, cefalea e incapacitado de trabajar, según él, por la falta de un sueño reparador. Nos llama la atención su buen estado físico y un sin número de anotaciones en su historial durante dos años con esas quejas estereotipadas y un sin fin de Certificados Médicos.

El paciente insiste en que tiene que tomar hipnóticos pues sin dormir no puede trabajar. Admite al fin, no sin trabajo, que toma 10 ó 12 tabletas de Meprobamato al acostarse con el propósito de conciliar el sueño. Admite después que lo toma también varias veces al día. Este paciente no mostró interés en tratarse y como no se hace acompañar por ningún familiar no pudo iniciarse el tratamiento.

³ Hacemos referencia a) trabajo antes citado porque él es la base en que se sustenta nuestro criterio sobre la Habitación en general y porque sirve específicamente de fundamento a la labor médico-

social que desarrollamos en el Servicio de Alcoholismo de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico de La Habana. (Antiguo Dispensario de Higiene Mental y Psiquiatría).

Caso No. 3

Es un joven profesional universitario de elevada cultura, es casado, tiene 37 años de edad y nos es referido por un psiquiatra como un caso de alcoholismo, ya que nuestro colega supuso que debíamos tener cierta experiencia dado (que estábamos al frente del Servicio de Alcoholismo de la Consulta externa del Hospital Psiquiátrico de la Habana.

Comprobamos que efectivamente el paciente era un habituado alcohólico que tenía fallas de tiempo en tiempo; pero que además de todo eso, demostraba cierto acercamiento sospechoso al Meprobamato y a las anfetaminas, que tomaba nos dice, para marchar a tono con el exceso de trabajo a que siempre se hallaba sometido. Además, insiste sobre sus problemas emocionales. Nosotros sospechamos de cierta postración e ineptitud para trabajar y presumimos un consumo excesivo de Meprobamato que él trataba de neutralizar con Bencedrina. Después, el paciente admitió tomar unas 25 ó 30 tabletas diarias de Meprobamato.

La familia decide ingresarlo a viva fuerza en un Sanatorio de Enfermedades Mentales; bien es verdad y curioso destacar, que el paciente hubo de pedir su ingreso meses atrás sin poder cumplir su decisión. Después de 30 días de internamiento sale del Sanatorio para continuar con tratamiento ambulatorio que cumple a cabalidad. Se mantiene curado en la actualidad, hace 7 meses que fue dado de alta.

Nota: Pocos días antes de presentar este trabajo, tuvimos noticia de que el Caso 1, ha comenzado de nuevo a su ingestión incontrolada de Meprobamato.

CONCLUSIONES

Primero: Creemos que el Meprobamato es positivamente una sustancia habitante.

Segundo: Que el uso de esta sustancia debe estar sujeta a regulación y supervisión facultativa.

Tercero: Que el Meprobamato debe incluirse entre los medicamentos habitantes y sólo expendirse bajo receta médica.

Cuarto: Que se deben hacer estudios pormenorizados de casos clínicos acerca de la habituación meprobamática.

Rev. Cub. Med. 5:11-14, Ene-Feb. 1966