

NARCOANÁLISIS Y NARCOSÍNTESIS

NOTA PREVIA *

Por el DR. ALFONSO MILLAN,

Académico de número.

Desde principios del año antepasado de 1946, he venido poniendo en práctica, en algunos de mis enfermos, la inyección intravenosa de penthotal sódico, con la finalidad de facilitar la conversación o para hacerles exteriorizar tales o cuales sentimientos o procesos psicológicos. En la actualidad, llevo sometidos a ese procedimiento a algo más de cien enfermos. He obtenido diferentes resultados y estoy desarrollando un trabajo de conjunto para publicarlo próximamente, cuyos capítulos comprenden: la historia de este procedimiento de investigación diagnóstica y de terapéutica; su técnica minuciosa; los efectos farmacodinámicos del penthotal sódico intravenoso; mi propia tesis o explicación de la dinámica psíquica de esos enfermos sometidos al penthotal intravenoso, aplicando las ideas de H. Jackson, relativas a la disolución y reconstrucción de la conciencia, que actualmente han permitido a psiquiatras franceses explicar diversos procesos mentales patológicos; las indicaciones y contraindicaciones del penthotal intravenoso, tanto en los enfermos psiquiátricos, como en los psiconeuróticos y neuróticos, así como en aquellos que actualmente se denominan psicosomáticos; lo que ha de entenderse por narcoanálisis y por narcosis; amplias consideraciones médico-legales y conclusiones. Como se comprende, no sería posible presentar ante nuestra corporación ni siquiera una síntesis de esos temas, dada su extensión.

En comunicaciones sucesivas he de traer ante ustedes aquellos aspectos que, por su interés general, vaya resumiendo del trabajo que estoy desarrollando. Precisamente porque creo que en alguna medida el procedimiento del penthotal intravenoso puede ser puesto en práctica por otros

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 3 de marzo de 1948.

especialistas diferentes a los neuropsiquiatras, es que aprovecho el turno de lectura que me corresponde hoy para entretener a ustedes unos minutos.

Técnica.—En todos los casos he empleado el penthotal sódico fabricado por los laboratorios Abbott. Es el mismo que se usa para la anestesia general por vía intravenosa. Creo que fué el doctor Conrado Zuckermann quien lo introdujo a México en la práctica de anestesia para la cirugía general, en 1937. Para nuestros fines, fué empleado el mismo penthotal por los norteamericanos, Grinker a la cabeza, sobre todo en enfermos neuróticos de guerra. La ampollita de medio gramo es disuelta en 10 c. c. de agua químicamente pura; o la de un gramo es disuelta en 20 c. c. de agua. La inyección la hago de preferencia en ayunas, en alguna vena del pliegue del codo, y muy lentamente, a no más de un c. c. por minuto, para los primeros tres o cuatro minutos, al cabo de los cuales se presenta ya un estado de somnolencia, parpadeo, bostezos, torpeza, lenguaje pastoso y difícil, que es el estado que se requiere mantener, de manera que el resto de la solución lo voy inyectando con interrupciones de varios minutos, según que el enfermo se despierta más o menos, o se mantiene en ese estado de somnolencia o intermedio entre el sueño y la vigilia. Cuando se despierta demasiado, le administro más solución; pero siempre lo hago lentamente y en ningún caso administro más de un c. c. de la solución indicada por minuto. En cuanto a la dosis total, en ningún caso se necesita administrar más de un gramo, o sean 20 c. c. de la solución. Casi siempre basta con 50 centigramos en diez c. c. de agua, para una sesión. Cuando se aplica más de prisa o en menos tiempo, el enfermo puede dormirse profundamente. Entonces, basta con suspender la administración sin retirar la jeringa, y esperar unos minutos a que se despierte; a veces basta con moverle un poco para estar en condiciones de reanudar la conversación. La sesión dura de una a tres horas más o menos.

Contraindicaciones y accidentes.—Las contraindicaciones desde el punto de vista de la tolerancia física de la droga, parecen ser prácticamente nulas. Sé de autores que emplean el penthotal intravenoso en las condiciones de mayor cantidad y rapidez que se requiere para las anestias generales, aun en enfermos cardíacos o hepáticos. Personalmente, hago practicar siempre estudio clínico, radiológico y eléctrico del aparato cardiovascular, y en los enfermos que hasta hoy he atendido, sólo ha habido un mitral compensado, antiguo coreico, y varios hipertensos y arterioescleróticos moderados, sin contratiempo alguno. En cuanto a las contraindi-

caciones del procedimiento en sí, es decir, de la exploración psíquica practicada en ese estado de semi-ebriedad, o de las medidas sugestivas empleadas en esas condiciones, son muy limitadas, siendo el riesgo mayor que se corra solamente aquel consistente en fracasar por medio del procedimiento, o sea, no obtener de él los resultados esperados.

En cuanto a los accidentes, no he tenido ninguno ni creo que nadie los tenga, dadas las condiciones de lentitud y de pequeñas dosis necesarias. A veces hay un paro respiratorio, que generalmente no dura más de un minuto y cede ante cualquiera maniobra de respiración artificial, como la simple compresión del diafragma, por ejemplo. Naturalmente, el enfermo debe estar acostado, en la semiobscuridad de la pieza, situándose la enfermera-taquígrafa detrás de él, pues es preferible que no vea a nadie más que al médico.

Efectos de la inyección.—Como indiqué antes, no es posible ahora, ni siquiera mencionar las diferentes posibles explicaciones de la farmacodinamia del pentotal así administrado, ni tampoco los mecanismos de acción que desencadenan sobre el psiquismo. Desde el punto de vista objetivo-clínico, el enfermo entra en un estado de somnolencia, lascitud y abandono de su persona y de la vigilancia que normalmente ejerce la conciencia. La autocrítica desaparece en una forma más o menos acentuada, en cuanto se refiere a impedir al enfermo las respuestas sinceras a las preguntas del médico, cualquiera que sea el tema que se le trate. Es decir, se suprime la autocrítica en cuanto se relaciona con aquellos frenos psicológicos o aquellas inhibiciones de orden meramente social, convencional y pudoroso, lo que permite el desarrollo de una conversación libre y fácil. De paso he de indicar dos cosas: la primera, que los relatos del enfermo no siempre corresponden a hechos reales, de manera que pudiera afirmarse que por la supresión de esas inhibiciones, el enfermo se encuentra en condiciones de decir sólo la verdad. El proverbio de que los borrachos y los niños siempre dicen la verdad es, en una gran medida, completamente gratuito. Sucede que el enfermo es solamente sincero, es decir, nos dice lo que él estima como cierto; y muchas veces, ensoñaciones infantiles, pesadillas de la infancia, o deseos y anhelos de la misma época, fueron vividos con tal intensidad, que siguieron siendo aceptados como realmente vividos, y esto no solamente por el inconsciente, sino a veces también por la conciencia misma del sujeto. Entonces, si en este estado de semi-ebriedad hace el enfermo afirmaciones de tal o cual índole que parezcan acusarle de hechos o actitudes condenables, o extraños o antisociales, etc.,

deberemos ser muy cautos para aceptarlas como reales. Esto tiene importancia desde el punto de vista médico-legal, como demuestro en mi trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Ciencias Penales; pero no tiene ninguna importancia para el empleo y los fines del narcoanálisis en sí, pues es bien conocido, gracias entre otros a Freud, que las ensoñaciones o fantasías infantiles que fueron vividas con la intensidad a que aludí, representan, para la dinámica del psiquismo del enfermo, el mismo papel o la misma función que si hubiesen sido vividas realmente. Y este aspecto vivencial es el único que importa en la génesis de los trastornos de origen psíquico. La segunda cuestión, que sólo de paso menciono también, se refiere a que, a pesar de esa inhibición relativa de la función de la autocritica, y a pesar de la sinceridad innegable del enfermo, éste puede eludir, por medio del silencio o durmiéndose más, aquellos temas que no desea tratar. Ciertamente, esto último le es menos fácil, y en ocasiones se le puede sorprender haciéndole hablar, diríamos así, contra su voluntad consciente. Pero esas ocasiones, en que se le puede obligar, son muy relativas y difíciles de crear por el médico. Como se comprende, este aspecto tiene gran importancia desde dos puntos de vista, el del médico-legista y del criminólogo, que no pueden disponer de un procedimiento certero, científico y eficiente, para hacer declarar la verdad a los delinquentes; tema este que desarrollo en el trabajo que presentaré bien pronto a la Academia Mexicana de Ciencias Penales, como ya dije antes (no hay pues suero de la verdad con el penthotal intravenoso.) Y el otro aspecto es el puramente moral, pues es necesario que el enfermo sienta que tiene todas las garantías de que no se le obligará, por el médico, a revelar secretos o intimidades que tiene el derecho de considerar como propios. Este último aspecto tiene importancia solamente en los preliminares de las curas psíquicas, pues ofrece entonces al enfermo tranquilidad absoluta y confianza completa. Posteriormente, el enfermo mismo va confiando cada vez más espontánea y libremente su vida al médico, de manera que ya no necesita sentir, como al principio, la seguridad de que no es víctima de una intromisión violenta, por medio de la inyección intravenosa de penthotal, en su vida secreta personal. Naturalmente, este sentimiento existe tanto menos, cuanto mayores han sido la confianza que el médico ha sabido inspirar y la comprensión, de parte del paciente, de la importancia tan grande de los factores psíquicos, de sus experiencias emocionales, de sus penas, de desgracias, etc., en la aparición de los síntomas por los que requiere nuestros servicios profesionales.

Además, en las condiciones de semi-ebriedad señaladas, el umbral de la sugestibilidad del enfermo desciende mucho, de manera que las explicaciones o propósitos persuasivos que el médico le haga, son más aceptadas por el enfermo y tienen sobre él mayor y más duradero efecto. Esto produce también labilidad emotiva más o menos acentuada. En algunos casos se puede aprovechar ese estado para, abandonando la administración del penthotal, producir un estado hipnótico. En mis casos no he empleado el hipnotismo.

En resumen, el penthotal intravenoso aplicado en las condiciones que he señalado (y que, naturalmente, no me son originales) produce en el enfermo un estado de semiebriedad, más o menos somnolente, con cierta torpeza ideativa, durante el cual, el sujeto puede hablar libremente y contestar con sinceridad al médico, relatando o viviendo de nueva cuenta aquellos pasajes de su vida, real o imaginaria, que el médico induzca o que el enfermo mismo determéne, produciéndose también un estado más receptivo a las sugerencias persuasivas del médico y una labilidad emotiva más o menos acentuada.

Los enfermos.—Con la inyección intravenosa de penthotal, en las condiciones dichas de técnica, traté de producir los efectos que acabo de sintetizar en el párrafo anterior, a más de cien enfermos hasta hoy. De dichos enfermos, he logrado concentrar datos y formar expedientes completos sólo de 43, estando los demás casos o en proceso de elaboración o de tratamiento. Considero que esos 43 enfermos tienen expedientes completos y pueden ya autorizar algunas reflexiones de orden general, porque en todos ellos practiqué exámenes clínicos, psiquiátricos y psicológicos completos, incluyendo: determinaciones del cociente intelectual, psicodiagnóstico de Rorschach y prueba de Jung Bleuler con la ayuda de la doctora Emma Dolujanoff, y estudio e interpretación de sueños en muchos casos.

Con esos 43 enfermos puedo formar, para esta primera nota a nuestra corporación, tres grupos, a saber:

Grupo A. Que comprende enfermos mentales francos, internados en sanatorio especializado, en número de doce.

Grupo B. Comprendiendo enfermos neuróticos con fenómenos predominantemente de tipo ansioso, y que no es indispensable clasificar por ahora, desde los puntos de vista de esta o aquella escuela, en neuróticos compulsivos o neuróticos de angustia, etc. Lo principal de estos enfermos consiste en el carácter no localizado de sus síntomas y en el predominio

de estados tales como la angustia, con dolor moral, o la ansiedad, con sensación física de opresión respiratoria y cardíaca vaga, sin dolor. Ambos estados paroxísticos, pero sin permitir períodos inter-paroxísticos de normalidad, sino predominando durante estos períodos un fondo depresivo más o menos angustiado o ansioso y, además, astenia muscular y psíquica, a veces fobias de tales o cuales enfermedades peligrosas, o bien, otras ideas fijas con carácter obsesivo y siempre dolorosas o terribles. Estos enfermos han sido en número de 20.

Grupo C. Comprendiendo enfermos, cuyo carácter principal consiste en la referencia de sus trastornos, de origen psíquico, a algún aparato o funciones de su organismo. Se trata de enfermos cuya clasificación de momento, tampoco interesa en cuanto al carácter dominante de factores psicógenos puros, a través de fenómenos vegetativos (neurosis vegetativas verdaderas) o con tal o cual aparato en estado de menor resistencia por estos o aquellos antecedentes. En ellos predominan, como ya indiqué, trastornos de un aparato o de una función, sobre un fondo de tensión emocional más o menos evidente, y que, por referirse sus síntomas a diferentes funciones somáticas, integran la legión de enfermos psicósomáticos, que ven a los médicos especializados en las enfermedades orgánicas del aparato que en ellos está siendo precisamente asiento del proceso psicósomático: son los dispépticos, ulcerosos, colíticos, constipados o diarreicos; o los impotentes y las frígidas; o los hipertensos y falsos anginosos. etc. Estos enfermos llegan al número de 11 de nuestros 43 casos.

En la imposibilidad, a menos de agotar el tiempo de ustedes, de presentar numerosas observaciones con algún detalle, sólo haré resúmenes de algunas de aquellas que me parecen más representativas.

Grupo A.—Entre los enfermos mentales internados, la técnica del penthotal intravenoso permite obtener los siguientes hechos:

Descubrir síntomas psiquiátricos o mentales que han sido disimulados, con el interés de obtener la salida del sanatorio y la vuelta a la vida social, o que simplemente están subyacentes a un estado actual que puede considerarse como de remisión de los trastornos que ocasionaron, o bien subyacentes a un estado psiquiátrico de importancia, que en realidad los está ocultando o enmascarando. En estos casos, el narcoanálisis me parece ser el verdadero nombre de la exploración, pues se hace en realidad un análisis psiquiátrico de una personalidad, con fines esencialmente diagnósticos. La posibilidad de esta clase de exploraciones psiquiátricas fué establecida por mi maestro, el Prof. Henri Claude, desde

1924, en que utilizó el éter a la manera del llamado cloroformo a la reina, para vencer el negativismo y aislamiento de algunos enfermos mentales (esquizofrénicos, generalmente). El mismo Claude, con Baruk, en 1928, empleó el somnífero intravenoso en ciertos catatónicos, logrando con ello que saliesen de su estado de mutismo, indiferencia y catatonía, y evidenciando así el fondo mental, esquizofrénico generalmente, de los enfermos. Baruk llama al somnífero empleado en esa forma y condiciones, verdadero "revelador psíquico" ("Psychiatrie Médicale, Physiologique et Experimentale". Págs. 93-96. Masson y Cía. París, 1938), aunque en la época en que hizo sus trabajos, él buscaba otras cosas y no la exploración del fondo mental del catatónico.

Observación N° 1.—A. T. es un sujeto de 27 años, ex estudiante de medicina, que ingresa al Sanatorio el 8 de septiembre de 1946, para ser tratado por su médico particular, ajeno a nuestro establecimiento. A su ingreso, se recogieron los siguientes datos: El padecimiento se inició hace aproximadamente 4 años de la siguiente manera: la señora madre del enfermo, viuda, tiene una casa de huéspedes y existiendo entre los abonados un médico, el enfermo principió a decir que dicha persona debía tener relaciones sexuales con su madre pues era tratado, al decir del paciente, con más deferencia que el resto de las personas hospedadas en la casa. Dice que no le consta nada respecto a las imputaciones que le hace a su señora madre; pero que es de pensarse, pues él sorprendió ciertas actitudes y ademanes entre ambas personas que denunciaban su conducta pecaminosa. Por este motivo el médico era frecuentemente hostilizado por el paciente y en varias ocasiones le reclamó respecto a su supuesto mal proceder, obligándolo por fin a que dejara la casa. Posteriormente observó el enfermo análoga conducta con otras de las personas que se hospedaban en su casa, obligándolas del mismo modo a abandonarla. Relata que con frecuencia se le insinúa por medio de señas o ademanes que él es un invertido y en esto toman particular empeño su madre y uno de sus tíos. Generalmente, el ademán ofensivo consiste en que las personas que desean insinuárselo se llevan una mano a los genitales a través del pantalón, estrujándoselos con más o menos fuerza para provocar la fijación del enfermo en dicha maniobra. Dice que posteriormente veía hasta en los camiones y tranvías que personas que no lo conocían le hacían idénticos ademanes, y que todo esto era con el objeto de que se alejara de su casa y de este modo su madre pudiera dedicarse a la supuesta vida licenciosa que le atribuye el paciente; por lo demás, la señora es completamente

honorable e incapaz de tal conducta. Al ser internado en el Sanatorio dice que es una maniobra urdida por su médico y por su tío con el fin de perjudicarlo. En el Sanatorio se le encuentra en los primeros días de observación orientado en tiempo y en espacio, no agitado, con ideas delirantes de tipo persecutorio; interpretaciones de autorreferencia. Atención conservada; memoria de hechos recientes alterada; fácilmente irascible. En octubre 24 de 1946 el enfermo se encuentra orientado en tiempo y espacio; continúa el cuadro delirante de interpretación y autorreferencia. Dice que un enfermo le dijo el día de ayer, que en su juventud había sido un buen bailarín y que esto se lo decía comisionado por la Dirección del Sanatorio y con el objeto de recordarle cierta ocasión en que fue golpeado en un baile. Dice asimismo que ayer, al estar pasando por los megáfonos del establecimiento el Claro de Luna de Beethoven, se les ordenó exprofeso a los soldados que pasaran batiendo sus tambores y tocando sus cornetas para impedirle la audición de dicha música. Dice que su médico continuamente lo molesta con lo que le dice, que él entiende perfectamente el significado de sus palabras, pero se niega a comunicar cuales fueron éstas y la interpretación que el enfermo les dió. Persiste la pérdida de la memoria para los hechos recientes. En mayo 31 de 1947 el enfermo se encuentra autista, casi catatónico. Se niega rotundamente a salir de su cuarto y a ponerse en contacto con sus compañeros. Las veces que lo visita su familia se pone irritado, en extremo algunas veces, otras eufórico y alegre. Su médico le había practicado fuera del Sanatorio, examen de L. C. R. con resultados positivos, por lo que se le internaba, para su tratamiento específico. Se le impaludizó y trató con penicilina y bismúticos. El estado descrito en la observación de mayo de 1947 se fue acentuando, no siendo posible establecer contacto alguno con el enfermo, que en ocasiones se golpeaba a sí mismo, y no estando presentes los mecanismos paranoides del principio se practicó entonces una inyección intravenosa de pentotal, obteniéndose de inmediato una conversación amplia, que duró más de dos horas, y durante la cual pudo apreciarse que persistían las mismas ideas e interpretaciones de su ingreso, expresando el enfermo esas ideas persecutorias y de referencia a sus propias actividades homosexuales, con una mayor libertad de expresión y facilitando muchos detalles. Durante la misma sesión, se presentó un acceso de llanto, diciendo el enfermo que lloraba porque tenía ganas, se sentía muy solo y desgraciado, y siendo su llanto tranquilo. Desde entonces, el enfermo no volvió a presentar síntomas de aislamiento, mutismo ni catatonía; pero persis-

tieron, aunque no muy acentuadas, las ideas persecutorias y la conducta del principio. En esta observación se puede apreciar el efecto del narcoanálisis, que permitió descubrir síntomas ocultos por el brote de aislamiento exagerado y mutismo, así como permitió la desaparición de dicho brote.

Observación N^o 2.—H. F. 25 años, ingresa el 1^o de julio de 1947 calificado de reacción esquizofreniforme, que parece haberse iniciado un año antes del ingreso, pero que se hizo ostensible a su ambiente diez días antes de dicho ingreso. Desde entonces le notan extravagante, con ideas delirantes de tipo persecutorio y quizá de grandeza, desobediente con sus padres, incoordinado, violento, irascible y agresivo. Dice que lo quieren matar o bien ríe sin motivo; dice que pertenece a la Hermandad de La Luz, etc. El examen neurológico es negativo, lo mismo que los demás exámenes de aparatos. El Wassermann es positivo medianamente en la sangre y su L. C. R. es normal. Después de tratarle con penicilina, se le trata con electrochoques, uno positivo cada tercer día, y comas insulínicos, uno cada tercer día, alternándose. En total, recibió 20 electrochoques y 23 comas insulínicos de una a dos horas cada uno, después de lo cual, desde principios de noviembre, fueron remitiendo todos los síntomas, hasta considerarle en remisión completa, salvo la amnesia consecutiva y habitual a los electrochoques, a fines de noviembre del mismo año. Se le practicó narcoanálisis el 10 de diciembre, obteniéndose la confirmación de su curación o remisión, pues no aparecieron ni los síntomas del ingreso, ni otros. Inclusive, el enfermo reconoció el carácter patológico de sus antiguas ideas, tal como lo venía haciendo ya, por lo demás, desde principios de noviembre. La sesión duró dos horas, habiendo recordado el enfermo los síntomas que ocasionaron su ingreso y explicando algunos de ellos como, por ejemplo, su desobediencia con sus padres, en virtud del celo o envidia que sentía con su hermano menor, estudioso y disciplinado, y siendo de señalar también que recordó hechos realizados durante el tratamiento por electrochoques y que antes no recordaba, es decir, que la amnesia producida por dicho tratamiento convulsivante, desapareció durante la sesión y también después de ella. En este caso, el narcoanálisis permitió comprobar la remisión y, además, reintegró al sujeto ese período de su vida comprendido por la amnesia postconvulsiva, realizándose entonces una verdadera narcosisíntesis. En efecto, se ha hablado de psicosisíntesis precisamente en casos de amnesia por traumatismo emotivo.

Observación N^o 3.—X. E. Abogado, de origen español. Ingresó al Sanatorio el 1^o de septiembre de 1947 por psicosis alcohólica aguda de tipo persecutorio y con alucinaciones auditivas; deficiente estado general por desnutrición, temblor de las manos que tienen aspecto pelagroide, etc. Se trata con complejo B, extracto hepático, insulina a pequeñas dosis, sueros glucosado y fisiológico alternados y sedantes bromurados. Se recupera en un mes aproximadamente, hasta encontrarse bien. Explica entonces que no sabe por qué motivos bebe, que se siente solo y que no tiene ningún interés en la vida. Para darle de alta, se le hace narcoanálisis el 20 de octubre y en la primera sesión manifiesta tener prácticas homosexuales en las que desempeña papel activo; que bebe para darse ánimo y lanzarse a esa vida que él califica de crapulosa; que ya bebido tiene el valor de entregarse a toda clase de excesos sexuales que de otra manera no cometería, pues le apenaría mucho, dadas su educación, familia y posición social. Lloró y finalmente se siente aliviado de haberme confesado sus problemas. En cuanto a los síntomas persecutorios y alucinatorios que ocasionaron su ingreso, han desaparecido por completo. Posteriormente a esa única sesión conserva memoria de lo que me dijo y ya no quiere más inyecciones de pentotal; pero pide en cambio continuar en estado vígil y sin drogas, las conversaciones iniciadas, pues aunque sufre vergüenza al tenerlas conmigo, en realidad siente, dice, un gran alivio al poder confiar en alguien. Manifiesta deseos de trabajar y ojalá pudiese hacerlo, dice, precisamente en actividades tendientes a curar a otros bebedores, inclinándose por realizar en nuestro país un movimiento parecido al que en Estados Unidos del Norte se hace con el nombre de Legión de Alcohólicos Anónimos, cuyas finalidades de ayuda a los bebedores le expliqué. Se le da de alta a fines de noviembre de 1947 y se va al campo, no habiendo vuelto a tener noticias de él hasta hoy. En este caso, el narcoanálisis ha permitido comprobar la remisión de los trastornos mentales que ocasionaron el internamiento y ha permitido también descubrir, aunque parcialmente, la dinámica de la impulsión-obsesión a la bebida, abriendo el campo para iniciar una psicoterapia de mayor envergadura.

Observación N^o 4.—A. O. de 40 años, soltera, sin profesión. Ingresó al Sanatorio el 2 de diciembre de 1947, con un cuadro que se inició hace cerca de dos años. De sus antecedentes retenemos que hace 20 años presentó un cuadro de trastornos mentales que no se pueden precisar y que irrumpieron bruscamente, en ocasión de la muerte inesperada de una hermana suya. Al parecer, el cuadro de entonces era semejante al pre-

sente, y la enferma estuvo internada en un sanatorio por dos meses, saliendo curada. El cuadro actual se caracterizó por alteraciones del humor en el sentido de la irritabilidad desde hace más de un año; soliloquios en voz baja; dice ser otra persona y ríe sin motivo; se expresa con monosílabos y llama a las gentes por la inicial de su nombre, no diciendo nunca nombres completos; a sus hermanas las llama la F o la D, etc. Se la interna porque desde hace cerca de dos meses se ha modificado el cuadro anterior, encerrándose en negativismo y mutismo crecientes y ahora prácticamente absolutos. La traen en camilla y contenida; se cubre la cara y se niega a hablar y a dejarse explorar; no come; es descuidada en su aseo personal, pero no gatista. No se le practicaron pruebas mentales. Sangre y L. C. R. negativos. Se le aplican electrochoques tres por semana y no se obtiene después de seis, una modificación notable de su estado, aunque sí que profiera alguna que otra palabra. Se le practica entonces a la viva fuerza inyección intravenosa de penthotal, durante la cual no se obtiene, en su primera fase que dura media hora, ningún resultado ni siquiera que diga su nombre. La dejó entonces en manos de la doctora Dolujanoff, mi asistente, y a poco habla con ella, obteniéndose escasos datos; entre ellos la declaración de que hace muchos años tuvo una profesora en la escuela, a la que quiso mucho y besó con cierta pasión; ningún otro dato se obtiene y se duerme; pero al terminar la sesión la enferma entabla ya relaciones con su ambiente, pide de comer por primera vez, y esa mejoría se va acentuando en subsiguientes sesiones, durante las cuales generalmente se duerme pronto sin proporcionar datos de interés, a no ser la confirmación de la mejoría. Esta permite que la enferma sea dada de alta en franca remisión el 5 de enero del presente año, y continúe en remisión hasta la fecha. Este caso se presta a consideraciones muy interesantes desde diversos puntos de vista. No me permite hacerlas el tiempo, limitándome a presentarlo como confirmatorio de la curación de los síntomas psiquiátricos, por una parte, y como ilustrativo de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del narcoanálisis en enfermos mentales por otra. En efecto, parece que se ha tratado en realidad, de una personalidad histérica, que elaboró un cuadro mental parecido a la esquizofrenia, en una mujer en el climaterio, y que podía confundirse con un cuadro esquizofreniforme o una psicosis involutiva. Y cualquiera que fuese el diagnóstico, lo importante es señalar cómo la narcosis permitió rectificarlo y, simultáneamente, al facilitar la catarsis, contribuyó a eliminar los síntomas psíquicos.

En resumen, pues, en enfermos mentales, el narcoanálisis permite, como dije al principio, descubrir en algunos la persistencia de síntomas mentales cuando aparentemente ya no existen; en otros permite confirmar, al contrario, su desaparición o remisión, cuando ésta es aparente y también real; permite también desenmascarar el fondo mental en algunos casos en que ciertos síntomas ocupan el primer lugar, impidiendo así la apreciación de los del fondo de la personalidad; y contribuye a la elaboración de diagnóstico más precisos, en ciertos cuadros de naturaleza dudosa, sin tener que esperar la evolución de los mismos en el tiempo.

Grupo B.—Aun cuando mis observaciones de este grupo de enfermos son las más numerosas, no podré dedicarles espacio en esta nota, por varias razones: porque para hacerlas realmente comprensibles en una reunión de médicos muy distinguidos en diferentes especialidades, tendría que hacerlas muy extensas, y no me alcanza el tiempo de ustedes; porque generalmente en estos casos de ansiosos de fondo, con accesos paroxísticos de ansiedad o angustia, fenómenos obsesivos, etc., el penthotal es un recurso secundario y de interés sólo para el especializado en psicoterapia mayor, y porque me interesa más exponerles algún caso del tercer grupo. Sin embargo, sí diré de los enfermos de este grupo B, que en ellos el narcoanálisis permite alguno de estos resultados: sedar rápidamente un acceso de angustia facilitando al enfermo una amplia catarsis, con llanto, explicación reiterada de sus temores, dolores y penas, etc. En ocasiones descubrir, si es que no se ha comenzado ya a hacerlo por medio del relato minucioso de la vida del enfermo, de la interpretación de sus sueños y de las sesiones previas de análisis vigil con asociaciones libres o provocadas, etc., la existencia de tales o cuales fenómenos traumáticos de la afectividad; o de tales o cuales hechos del pasado que tengan valor en el estado actual. Permite también este procedimiento, practicar al enfermo interrogatorios intencionados derivados del resultado obtenido en sesiones anteriores, o bien interrogatorios ya formulados que pueden repetirse en este estado de narcosis. Así, en algunos de mis enfermos de este grupo, repito la prueba de Jung-Bleuler, o el cuestionario de Schilder, que aunque es un poco traumatizante psicológicamente, es útil; o el inventario personal o prueba de la afectividad de Benreuter, etc. Con ello obtengo, no sólo sedar y calmar a estos atormentados, a quienes el tratamiento por electrochoques no siempre es beneficioso o no siempre es aplicable, sino que obtengo también elementos útiles para continuar un análisis vigil más rico en materiales, acortando bastante a veces la duración total de la cura psico-

terápica. Naturalmente estos aspectos del narcoanálisis se prestan a consideraciones y discusiones muy amplias desde los puntos de vista del psicoanálisis freudiano, y otros. Pero ello se sale ya del marco de la presente nota. Básteme repetir que, para estos enfermos psicógenos, neuróticos sin sintomatología referida a un órgano o función especiales, generalmente angustiados, empleo el penthotal endovenoso como un auxiliar siempre útil, siendo su utilidad a veces muy pequeña y a veces muy importante.

Grupo C.—Comprende, como se dijo, enfermos de origen psíquico y manifestaciones somáticas. Por ahora, no interesa clasificarlos ni explicarlos más en su génesis para esclarecer si se trata de histerias conversivas o de desajustados emocionales, etc. Me referí a ellos con amplitud en mi trabajo de turno en esta Academia del año pasado "Psicogénesis y psicoterapia de algunos trastornos digestivos". Ahora pasemos a los casos.

Observación N.º 5.—El militar M., de 52 años, refugiado político, sufre de trastornos digestivos dolorosos, que han hecho pensar a su médico en úlcera gastroduodenal, habiendo dado los estudios radiológicos razones suficientes para sospechar dicha úlcera. No se le ha operado, porque acusa una cuenta globular de menos de 4 millones de globulos rojos. Además ha perdido peso, no tiene apetito y en general se encuentra deprimido, inquietándose raras veces por su estado y esperando más bien no curar. A la exploración física y en especial neurológica, no hay ningún dato positivo. A la exploración psicológica, me dice que ha sufrido mucho durante la guerra civil de su país, pero no desea hablar de ello. Insisto en hacerle narcoanálisis y le advierto que hablaremos mucho de su pasado y sus penas. Acepta, y en la primera sesión se obtiene una amplia catarsis y un acceso de llanto prolongado, durando la sesión tres horas. Resumo las explicaciones del enfermo diciendo: que durante la guerra fué abandonado por su mujer, que se pasó al lado contrario, dejándole una hija, enferma del pulmón; algún tiempo después, la hija cae prisionera y él logra huir al extranjero; por algunas inferencias tiene por cierto que la hija falleció en la cárcel y se reprocha no haber permanecido en su país para correr la misma suerte que su hija, que era todo lo que tenía ya en el mundo; se siente culpable de esa muerte y no ha podido encontrar a nadie en México con quien intimar al grado de confiarle estos pensamientos y penas. Además, su rango militar y, en general, su educación, le hacen muy reservado y considera como debilidad y como vergüenza llorar, como lo está haciendo en esa primera sesión. Sin embargo, se siente aliviado conforme ha llorado y hablado, y al terminar la sesión el hombre manifiesta un ma-

yor interés por su curación y dice sentir un bienestar que hacía mucho tiempo no sentía. Tres sesiones subsecuentes, durante las cuales se repitió en sus líneas generales la primera, aunque siendo cada vez menos dramática que la anterior, así como explicaciones y sugerencias nuestras de que cada vez iría mejor, afirmaciones tranquilas sobre la universalidad del miedo y lo nada vergonzoso de éste; sobre el valor moral y social de un hombre que sufre remordimientos por acciones que en ninguna forma pudieron causar, ni directa ni indirectamente, la muerte de su hija, etc., permitieron a este hombre recuperarse ampliamente, recuperar el apetito, desapareciendo dolores y molestias gastrointestinales, y aumentar de peso, así como mejorar su anemia, que antes no había cedido. Este enfermo se encuentra prácticamente bien desde hace un año, y es un ejemplo de la clase de enfermos que considero que el mismo especialista en aparato digestivo hubiera podido explorar y tratar, de la misma manera que lo hice yo. Es decir, es un caso en que no fué necesaria una psicoterapia mayor, habiendo bastado con esa, verdadera narcosíntesis a través del narcoanálisis, pues la reconstrucción de una personalidad en esas o semejantes condiciones, no requiere siempre una atención psicoterápica prolongada y hecha por un especialista. Basta con que esos enfermos, atormentados y con síntomas corporales psicógenos, reciban una atención de personas comprensivas y humanas, y tengan ocasión de ser escuchados amplia y tranquilamente por su médico. Si el especialista en digestivo, con su autoridad de especialista, el mismo a quien se va a ver porque se sufren precisamente síntomas digestivos, practicase a la manera de psicoterapia mayor, el narcoanálisis, de seguro obtendría éxito, realizando en muchos casos y fácilmente, una narcosíntesis. Y en caso de no obtener éxito, dicho especialista podría siempre confirmar el diagnóstico de trastorno psicósomático por el mismo medio, evitando a su enfermo, dietas, medicamentos, a veces intervenciones quirúrgicas, y podría también en última instancia, dirigirlo al psicoterapeuta. Este caso es ilustrativo, además de la confirmación de trastorno psicósomático, no es, ni puede ser, un diagnóstico de simple exclusión. Naturalmente los diagnósticos de esa índole, a los cuales se llega por exclusión de trastornos objetivos y por la ausencia de otro diagnóstico orgánico, al establecer que se trata de enfermos psicógenos, son indiscutibles; pero los enfermos psicósomáticos presentan signos corporales, cuya génesis es precisamente de origen psíquico, y no sólo trastornos en la función, en cuyo último caso serían sólo neuróticos (grupo B), o bien con localización funcional, como sucede en tantos casos de frigi-

dez o de impotencia de origen psíquico, neuróticos unos, psicomáticos otros, comprendidos también en este grupo C. Enfermos en los cuales el narcoanálisis me ha permitido una recuperación rápida o me ha ayudado para continuar análisis sin narcosis.

Observación N^o 6.—L., es una niña de 8 años que sufre vómitos después del desayuno cuando ya se encuentra en la escuela. Ha perdido dos kilos de peso, y ha sido sometida, desde hace tres meses, a diferentes tratamientos tónicos, etc. Su pediatra dice que no hay ninguna razón orgánica que explique el cuadro. A preguntas especiales me informa la madre que L. tiene una hermanita de dos años, y que es cariñosa con ella pero no mucho; debido a los vómitos en cuestión, ha debido dejarla en casa; y permaneciendo en casa, los vómitos ya no se presentan, creyendo que es por la medicina que entonces ha estado tomando; pero que al mandarla a la escuela nuevamente se han presentado los vómitos. A la primera sesión de penthotal, L., que es una niña inteligente, me dice llorando, también a preguntas mías, que no quiere a su hermanita, porque su madre la prefiere y la ha abandonado a ella, no mimándola como antes; que siente deseos de vomitar, cuando está en la escuela, porque así vuelve a su casa y puede estar cerca de su madre e impedir que ésta se ocupe tanto de la hermanita. Se acusa de haber tenido deseos de pegar a la menor y después de esa sesión conserva el recuerdo de sus confesiones, lo que me permite, en sesiones vígiles posteriores, hacerla renunciar a ese medio de defensa de sus afectos, la intereso en proteger a la menor, que siendo tan pequeña necesita ayuda de ella, L., que es más grande e inteligente; sugiero también a la madre aquellas medidas que, en el ambiente familiar, concurren a hacer que L. ya no se sienta despreciada. Con todo lo cual desaparecen los trastornos que, por otra parte, eran además simbólicos en sí mismos, pues la enfermita "vomitaba" su situación, no podía "tragarse" a su hermana, como lo proclamaban los vómitos, fenómenos corporales. Aquí también entiendo que el pediatra hubiese podido practicar el mismo narcoanálisis, con resultados de seguro tan buenos como los obtenidos por mí.

Observación N^o 7.—E., es un niño de 9 años, que no presenta trastornos corporales objetivos de ninguna especie, ni se queja de nada especial. Su trastorno esencial es que desde hace dos años se orina en la cama, a pesar de todos los regaños, remedios, etc., que se le hagan, y cuando había dejado de hacerlo desde los 3 hasta los 7 años de edad. No hay antecedentes epilépticos. La situación familiar es semejante a la

del enfermito anterior, sólo que aquí el ambiente familiar, constituido por una madre y una hermanita de 4 años, presenta alguna anomalía más franca: en efecto, la madre enviudó hace tres años, y desde entonces hubo de trabajar, dejando a los niños al cuidado de una criada; la madre reconoce, también, que habiendo sido la hijita enfermiza, la ha atendido esmeradamente, descuidando quizá al chico, a quien ahora desearía internar en un colegio. A la primera sesión, E. me relata que se orina voluntariamente, porque no puede aceptar que su madre se ocupe sólo de su hermanita y no de él. Que así obtiene que la madre se interese en él, aunque no como antes de tener a su hermana. La influencia de esta situación o ambiente, se confirma, porque cuando E. ha pasado algunos días fuera de casa, en el campo, con parientes, no ha habido enuresis. La persuasión de tipo sugestivo, así como mi promesa (que cumplo) de intervenir con la madre para que corrija esa situación de trato desigual, permite la supresión del síntoma. Además, avergonzado, E. me pedía ocultar a la madre la voluntariedad de sus acciones; pero no accedo, sino, por el contrario, le hago confesar a la madre lo ocurrido, sin la influencia del pentotal, que sólo empleé una vez, y con mi presencia para facilitar, que no para agravar, humillándolo, aquella confesión. Este es otro caso en que el pediatra hubiese podido hacer el narcoanálisis y, repito, al través de él, la narcosis.

No puedo extenderme más y dejo para otra ocasión el referirme a enfermos, en los cuales los síntomas han sido de aparato genital y cardiovascular, preferentemente. Se trata de frígidas como consecuencia de factores psicógenos, a veces relacionados con las experiencias primeras de naturaleza sexual; o de impotentes psicógenos, en los que existen determinadas fijaciones de tipo infantil, o bien, estados actuales de conflicto o ansiedad; prácticas o deseos homosexuales, etc., y en los cuales el pentotal intravenoso permite o la cura por medio de la catarsis y empleo de argumentos persuasivos o sugestivos; o bien, el descubrir la presencia de factores psicógenos que ameritan un trato más prolongado desde el punto de vista psicoterápico. Para algunos de estos enfermos, tengo la certeza de que el narcoanálisis hubiese dado mejores resultados, en manos del especialista respectivo, que las hormonas. Otros enfermos, como algunos hipertensos, se encuentran también en este grupo C y se han beneficiado también del narcoanálisis. El hipertenso psicógeno es, por lo general, también hipertenso del alma. Se contiene y lucha constantemente,

viviendo en conflicto anímico permanente. La catarsis amplia y reiterada alivia síntoma y personalidad.

En resumen, y a manera de conclusiones, puedo decir que el uso del penthotal intravenoso ha venido a, enriquecer notablemente los recursos del psiquiatra, del psicoterapeuta y del médico en general. Los dos primeros han obtenido, con su práctica, ventajas de tipo diagnóstico y terapéutico, así como una posibilidad de exploración muy amplia del psiquismo humano. El médico general, y este es el interés de esta nota para mis ilustres colegas de Academia, sobre todo los otros especialistas de las diversas ramas de la Medicina, pueden beneficiar a sus enfermos con la práctica del narcoanálisis y de la narcosíntesis; realizando el primero, cuando sólo alcanzan a establecer diagnóstico de trastorno psicosomático o neurótico; y lo segundo cuando, gracias a una oportuna y amplia catarsis, también realizan la narcosíntesis, o sea la reestructuración de una personalidad desajustada emocionalmente, y cuyo desajuste se ha traducido por la presencia de signos y síntomas corporales de tal o cual aparato. En última instancia, siendo el procedimiento inocuo, no expone a ningún trastorno ulterior, y permite, prácticamente en todos los casos, aliviar por lo menos a un enfermo generalmente atormentado.

NOTA. La bibliografía de esta nota previa ha sido omitida, porque es una bibliografía general que se incluye en el trabajo de conjunto que está en preparación.