

REVISION DE ALGUNOS CASOS CLINICOS EN
NARCOHIPNOSIS Y CONSIDERACIONES SOBRE EL
PROBLEMA DE LA CONCIENCIA

*Dr. Sergio Gaete **

1. INTRODUCCION, MATERIAL Y METODO

1.1. En esta comunicación, con carácter preliminar, consideramos los protocolos de doce pacientes sometidos por nosotros a la experiencia de narcohipnosis con pentotal sódico, entre los años 1957 y 1965. Ocho de los pacientes eran hombres, cuatro eran mujeres y sus edades fluctuaban, en la época de la experiencia, entre 18 y 39 años.

En dos casos en que se sospechaba una esquizofrenia y en un caso en el cual se planteaba la alternativa entre psicopatía histérica o distimia epiléptica con intento de suicidio, hubo un objetivo diagnóstico al realizar la prueba. En los nueve restantes: tres casos de depresión neurótica, un caso de espasmo faríngeo, una neurosis traumática, un caso de eritrofobia, un caso de cefalea de conversión, un caso de reacción depresiva en un homosexual y una neurosis histérica, hubo un objetivo terapéutico **.

Solamente en dos de los casos había la sospecha, como antecedente anamnéstico, de la posible presentación previa de trastornos de conciencia: El caso 2, de la distimia epiléptica o psicopatía histérica, y el caso 6 de una neurosis histérica.

1.2. En todos los casos se utilizó la misma técnica en manos del mismo examinador, previo descarte de problemas de orden físico, tales como nefropatía o cardiopatía: paciente en cama, con ropa ligera, en ambiente de semiobscuridad. Flebocclisis de 1 gr de pentotal disuelto en 500 cc de suero fisiológico.

* Clínica Psiquiátrica. Universidad de Chile. Casilla 6507, Santiago.

** Véanse resúmenes de los casos al final del texto.

Balón de oxígeno a la mano. Goteo aproximado de 1 por seg hasta provocar sopor del que se sustrae luego al paciente con disminución del goteo y estímulos mecánicos, manteniéndolo en un estado de somnolencia por espacio de una hora u hora y media, en el que se desarrolla la conversación, hasta quedar más o menos redondeada, y dejándolo luego caer nuevamente en sopor hasta su despertar espontáneo.

En un solo caso, el paciente 12, fue necesario suspender la prueba a mitad del camino por una baja de la presión arterial a 80/50. En ninguno de los casos el grado de conciencia llegó a un nivel que permitiera hablar de un precoma barbitúrico.

1. 3. Todos los casos, como ya se dijo, fueron sometidos en su oportunidad a la experiencia con un objetivo ya diagnóstico, ya terapéutico, lo cual se hizo siempre después de un contacto previo adecuado, en vigilia. Pero nuestro interés actual no es el dar a conocer el éxito o fracaso de esos objetivos, sino el *tratar de describir la estructura misma del estado psíquico de nuestros enfermos* durante la experiencia con pentotal.

El propósito diagnóstico o terapéutico nos hizo tomar protocolos completos pero que, vistos ahora a la luz de este nuevo objetivo, constituyen, según creemos, un material totalmente ingenuo.

1. 4. La narcohipnosis, llamada también subnarcosis, ha sido descrita clásicamente como productora de un cuadro parecido al de la semiembriaguez alcohólica, con pérdida de las inhibiciones, ausencia de angustia, mayor o menor sugestibilidad y tal vez una facilitación del poder de recordar. Según se dice, en ese estado la conversación con el paciente facilita una catarsis, pues se aprovecha en él su tendencia a sincerarse.

En esta revisión partimos únicamente de la idea —más bien simple— de que *la narcohipnosis es un trastorno artificial de la conciencia, producido con sustancias químicas, durante el cual se logra mantener un cierto grado de contacto con el enfermo.*

2. CONSIDERACIONES SEMIOLOGICAS.

2. 1. En todos los casos aparecieron, desde luego, como era dable esperar por el uso de un barbitúrico, signos tales como bostezos, tendencia a despezarse, voz arrastrada, inclinación a dormir cerrándose los párpados con facilidad, aumento del umbral a los estímulos sensoriales y falta general de atención, torpeza de movimientos y disartria, respuestas en general breves, lentas y perseverativas, tanto en lo verbal como en lo motor, dificultad para sostener con ellos un diálogo objetivo y una hipomnesia ulterior relativa de lo

ocurrido, como así también hipomnesia entre un instante y otro dentro de la misma prueba.

2.2. Sin embargo, al lado de esos hechos, correspondientes al embotamiento de la conciencia, con su consiguiente mengua de la nitidez de vigilia, aparecieron otros signos que no cabría incluir como manifestación de embotamiento.

1. La mayoría de los pacientes, en algún momento de la experiencia, *hace una alusión espontánea y sin queja ninguna a su propio estado:*

La paciente 3: "Este sueño es distinto que la noche..." El paciente 10: "...me siento como si hubiera tomado cinco vasos grandes de Ballantine's..." El paciente 2: "...veo un poco nublado, parece que estuviera nublado".

2. Prácticamente todos los pacientes *emplean giros de lenguaje de tipo infantil, o popular o aun obsceno; en todo caso mucho más familiar que en vigilia:*

La paciente 8: "...como niñita chica, para tener caricias de la mamá y del papá, un tiempo fui feliz, con mi abuelita y con mi papá, con mi abuelita tuve todo lo que quería, tenía puras cosas bonitas..." El paciente 10: "...sólo he ganado enemigos, en esa escuela de porquería siempre he visto el abuso del poder..." Y refiriéndose a sus hermanos mayores: "...se han casado con no judías, dan pena, tienen hijos que son una porquería..." Y a sus compañeros: "...demostrarles que son burros con plata" El paciente 12: "Tengo mala idea del papá, lo he sentido masturbarse en su dormitorio una vez que estaba solo sin mi mamá, mira a las gallinas en sus partes genitales..."

3. EMPLEO ADECUADO Y FLUIDO DE METAFORAS.

El paciente 7: "...tomé conciencia de los pasos malos que había dado, vivía como un pajarito..." El paciente 10 (estudiante de química): "...yo he tenido oportunidades... con Mirta, pero tengo miedo de no poder usar el matraz..."

4. En todos los casos *la expresión es muy directa y vehemente. Hay afirmaciones o rechazos categóricos, sin rodeo alguno:*

La paciente 8: "La María Cristina tiene doce años, es fea como el papá y es sucia; en el carácter se parece a mí..." El paciente 10: "...ella lo llama LAMBDA, que es un apodo estúpido; a él le gusta mi niña, la mira en clase, quiero matarlos, lo odio... y ella la tonta lo sigue mirando..." El paciente 5 (dice de sí mismo): "Todo me parece poco para don Raúl P., he llegado a un verdadero culto de mí mismo..." La paciente 6: "No, no recuerdo nada, no sé nada, yo no he supuesto nada... Alguna razón habrá habido, ahora ya no me interesa..."

5. En varios casos *surgen preguntas que el paciente dirige a sí mismo:*

La paciente 3: "...y dónde estoy?" "...¿no sería mejor que me muriera...?" El paciente 9: "...¿habrá un temor a descubrir que soy vulgar como el resto de la gente...?" "...¿le gusta eso a la gente...?" "...¿y mis fantasías...!" "...¿es masoquismo...?"

6. Casi en todos los casos *el discurso aparece de un modo tal como si el paciente creyera al médico plenamente al tanto de todos los hechos y personajes que le surgen* pese a que no ha habido referencia a ellos en las entrevistas de vigilia:

El paciente 7: "...en una oportunidad quedamos solos yo y Jiménez; yo notaba por la manera de hablar conmigo, afectuoso más que un amigo común y corriente..." La paciente 8: "El Tato (un ex novio) era un hombre muy bueno, muy humilde, me gustaría volverlo a ver, me gustaría volver con él, porque Humberto (marido) tiene un hijo grande de otra mujer, me lo vinieron a entregar pero yo no lo quise recibir..." El paciente 9: "A veces he sido malo con Hernán (un primo) y he hecho como quitarle a la Cecilia (polola de ese primo); cuando los veo juntos me dan ganas de separarlos..." El paciente 11: "...la Pollo (amiga de la mamá) era solterona, dominante, se arreglaba frente a mi papá..."

7. En todos nuestros casos *el médico no participa de un verdadero diálogo sino que constituye más bien algo así como el facilitador de un monólogo:*

El paciente 1: "Ayer estuve con la Carmen y me dijo que el doctor Gaete le había prohibido verme y yo creía que trataban de correrla de mi lado; después me dijo: ¿Tú quieres salir? Sí, tengo deseos". El paciente 9: "Me aparto de la gente de mi edad, yo no salgo de noche a revolverla, tengo miedo que me pregunten cosas que yo no sé respecto a lo sexual, por eso me corro de esa conversación; si supieran que yo no sé quedaría mal parado, como poco hombre... trato de ser distinto a los demás, la masa es estúpida, es imbécil..."

8. En la mayoría de los casos *apreciamos un gran número de frases sueltas dentro del discurso que surgen mientras habla de otra cosa:*

La paciente 4: "Es muy intruso (el novio de su hermana mayor), se preocupa mucho de mis cosas, parece intruso de por sí... *cuando paso rabia o algún susto me duele la cabeza...*" El paciente 10: "...no sé si ella me quiere, es muy infantil para su edad, no cumple los requisitos que yo pido, tiene un complejo... un complejo de la enseñanza secundaria, *su familia son todos cachiporras, no me caen bien en absoluto... en clase pienso imbecilidades...*"

9. *Uso excesivo del "yo" y del "mi"* en muchos casos:

El paciente 7: "...sonó la puerta de calle, *yo* aproveché de arrancarme, *yo* me quedé moralmente en el suelo..." La paciente 8: "...*yo* quiero matar-

los, sinceramente, porque son malos, si no los mato los voy a dejar solos y *yo* me voy a ir a un convento, desde chica quise ser monja, es otra vida, *yo* no quería tener mi vida al lado de un hombre que me quisiera, yo quería que me regalonearan, que me mimaran, porque *yo* me siento como una niñita chica”.

10. *La verbalización* —siendo en general más bien escasa, lo que permitió tomar notas textuales— *es más abundante y redundante en relación con un tema al parecer central del paciente:*

La paciente 8: “...cuando me casé y tenía cinco niños, ella (la madre) me abandonó y ahí empezó la desgracia, si usted estuviera medio día se daría cuenta de mi desgracia porque son malos, no me gusta que me digan que tengo hijos porque también son hijos de Humberto...” “Yo no me voy a mejorar, yo me quiero morir, no quiero nada con nadie, no quería venir porque no tenía deseos de hablar con nadie, tengo ganas de andar, andar, irme a una parte donde esté sola, donde nadie me pregunte por mi familia”. No todo parece corresponder a una estricta perseveración mecánica, sino que más bien *emocional* en estos trozos. El paciente 9: “La mamá frente al papá y a mí debe ser como estar frente a dos niños; hace dos semanas me enojé con el papá por una tontera, la postura de una lámpara, él dio su teoría, yo le dije que no, le dije que era ignorar el problema, se molestó y no quiso seguir discutiendo, me trató de sabio, me dieron ganas de llorar de rabia”.

11. *En todos los casos hay una tendencia a repetir un tema que prevalece a lo largo de la entrevista; a volver sobre ese tema.* Si se toman estas alusiones dispersas al tema, pese a que ellas están separadas por lapsos en que se habla de otros aspectos, *forman un todo bastante coherente.* (En los ejemplos que siguen hemos reunido los eslabones discontinuos de la alusión a un tema).

En el paciente 1 el tema parece ser el de la *culpa*: “...habían botado la comida por motivos míos... / ...haberla dejado abandonada (a la novia) en los momentos en que más me necesitaba, porque ella no tenía papá... / ...en casa de mi hermana me porté mal... / ...ahora no puedo dormir tranquilo en la noche pensando en todo lo malo que he sido con ella... / ...sentí una molestia, iba a ser un crimen que se hiciera remedio y además yo estaba sin trabajo... estoy sugestionado, no hallo a quién pedirle ayuda”.

En la paciente 3 es el tema de *no ser querida*: “Todos dicen que yo soy una oveja negra, hasta mi hermano chico lo dice, el doctor N dijo que yo nunca podría tener familia y mi mamá me lo contó... / ...mi problema es que nadie me quiere... / ...¿no sería mejor que me muriera?”

En la paciente 4 es *lamentar la ausencia del padre*: “...hace años que no vive en la casa, pero va todos los días... / ...Espero que vuelva a la casa, lo

he echado mucho de menos... / ...me quedé amargada porque en vez de tener esa mujer debería estar en la casa... / ...Lo echaba de menos y quería que volviera... / ...Me queda la esperanza que vuelva a la casa conmigo... / ...tengo la esperanza de que se arregle; dice el papá que va a volver... / ...que el papá fuera más a la casa... / ...Se fue retirando de la casa, de mí también, daba disculpas... / ...ahora nada de la casa le importa... / ...cuando él no está para la Pascua me dan ganas de llorar, el año pasado lo pasó con nosotros, pero el Año Nuevo no, no lo encontraron, fue muy triste, pasamos solas...”

En el paciente 5 es el *miedo al ridículo*: “...cuando chico no tenía ropa, era de los más pobres, una vez me tuve que poner un par de zapatos que me quedaban grandes; se reían de mí; no tenía ropa, me hacían trajes de brin; me sentía ridículo, siempre le he tenido miedo al ridículo... / ...mi madre se puso a hacer sandwiches y dulces; me avergonzaba de eso, me gustaría estudiar pero era como un desquite... / ...creo que si hago arreglos pacíficos con los compañeros es por cobardía al dolor físico, pero también al ridículo...”

En el paciente 11 es, al propio tiempo, la *queja de las exigencias maternas y las dudas acerca de su virilidad*: “...me siento inferior intelectualmente; mi familia ha contribuido, mi madre es muy exigente, no acepta notas medias, me molestaba la actitud, esperan que seamos genios... / ...mi madre me presentaba a sus amigas como el mejor de los tres, el pinchador, el niño bonito que las chiquillas se vuelven locas... / ...mi madre para hacerme comer empleaba el sistema de la inyección en el glúteo, era un castigo, una humillación... mi madre me pedía besos... yo era hurraño... y me dijo que me fuera de la casa... tengo pruebas palpables de que soy bueno para los estudios... mi cara es afeminada...”

En otros pacientes hubo otros temas prevalentes: Así, el *rechazo hacia el padre* en la paciente 6, la *justificación de sus experiencias homosexuales* en el paciente 7, el *sentirse rechazada por la gente* y su propio *rechazo hacia el marido* en la paciente 8, la *dificultad de trato con el padre* en el paciente 9 y los *celos* en el paciente 10.

Es posible que tras cada uno de estos diversos temas haya habido otros aún más de fondo: Por ejemplo, un trasfondo de la culpa en el caso 1, del sentirse rechazada en el caso 3, del ridículo en el caso 5, del rechazo al padre y al marido en los casos 6 y 8, respectivamente, o del trato con el padre en el 9, o de los celos en el 10 o de las quejas hacia la madre en el 11, que permitieran hablar tal vez de malas identificaciones con su propio sexo, o de agresiones subconscientes, pero esa reflexión sería más propia de un estudio dinámico y genético, que no es lo que aquí nos hemos propuesto.

Llama la atención, dada la frágil memoria observada en nuestros pacientes —y que es de suponer en un estado obnubilatorio—, que tomadas sus expresiones sueltas a lo largo del discurso, contengan ellas empero una gran *unidad temática*.

12. En la mayoría de los casos encontramos *saltos en el discurso, de un punto a otro*. Esto aparece a primera vista *como incoherencia*. Sin embargo, al examinar con detención los protocolos se tiene la impresión de que *un sentido vivo une entre sí a tales puntos aparentemente ajenos*:

El paciente 5: “Mi madre me educó con sus medios, mi hermano murió; nunca quise analizar si echaba de menos a mi padre; mis hijos lo son todo para mí...” El nexa parece ser una comparación (¿o contaminación?) que hace entre sus propios hijos y él mismo. Y también cuando dice: “. . . todo lo malo se concluyó, claro. . . no sé qué significa esencialmente para mí el estar casado, tener hijos; me gusta ser un héroe para mis hijos. . .”

El paciente 9: “. . . cuando la Adela rompió conmigo me di cuenta que ella era fría conmigo, me sentí *defraudado*, traté de restarle importancia y después empezaron las arcadas. . . *antes que me rechacen prefiero rechazar yo*, una vez *creí que no era hijo de mis padres*, recuerdo que una vez vi salir a mi mamá en camilla, era un hermanito que nació muerto. . .” “Samara está en las mismas, igual que yo, yo soy *muy distinto a mis hermanos*, leí novelas tontas, podría haber terminado como don Quijote, novelas en que *recogían niños*. . . tengo miedo de llegar al fondo de una cosa, a profundizar, a introducirme en un asunto, busco la lógica abstracta, empiezo a buscar lo general, las bases de un orden coherente en el desarrollo de las cosas, tengo *dudas de mí mismo*, una sensación de que eso es malo, necesito *demostrar mi capacidad*, eso lo tengo también. . .” El nexa parece ser el sentirse rechazado por sus padres haciéndolo “distinto” de los demás, y requiriendo buscar satisfacciones compensatorias.

El paciente 10 aparecería revelando un deseo de prescindir de la ayuda de su polola (en tomar apuntes de clases), y, más en general, de prescindir de toda dependencia de los demás: “. . . prefiero estudiar taquigrafía y tener que traducir yo solo; en el liceo nunca me atreví a salir a la pizarra porque se podían reír de mí, no importa que una persona haya sido mediocre. . . Mirta me *inhibe*. . . quiero tener un auto, con auto las cosas son diferentes, con dinero todo es más fácil”.

13. En todos los casos aparece una *flojedad de la sintaxis*, un cierto *descuido en la construcción gramatical* (por ejemplo el pasaje del tiempo verbal futuro a presente, o pasado a presente y viceversa, indistintamente) mayor que en una conversación corriente y una cierta *prescindencia de la lógica habitual*.

Respecto a este último punto, la paciente 8, por ejemplo, expresa sin conciencia alguna de contradicción, refiriéndose a su madre: "...ella tiene la culpa que yo esté enferma fue mala, mala y por eso yo no quiero verla ni el día que se muera... y a veces tengo deseos de ir a abrazarla y pedirle... pedirle perdón".

14. En casi todos los casos apreciamos *interrupciones en las que las frases no se completan, pero donde queda claro el sentido*. La impresión es tal como cuando dos, tres pinceladas flojas muestran no obstante un vivo dibujo.

La paciente 4 hablando de su noviazgo: "...vamos al teatro, el otro día me llevó a su casa... mi mamá lo conoce también". Queda sugerido que la mamá sabe perfectamente con quién es que ella sale.

La paciente 6: "A veces el matrimonio es tan... yo tengo una prima que se casó y a los tres meses el marido se fue, entre las compañeras hay varias separadas..."

15. Prácticamente en todos los protocolos hay alguna constancia de una *mímica concordante con lo verbal, exagerada, pero sin dar sensación de teatralidad ni fingimiento*. Si hubiera que asemejarla a algo, recordaría más, en cualquier caso, a la incontinencia emocional del orgánico.

En el caso 1, por ejemplo, queda constancia de una descarga emotiva con abundantes sollozos justo coincidiendo con el instante de la comunicación más espontánea del sentimiento de culpa. En el caso 6 la voz se quiebra, aparece entrecortada y la paciente se muerde los labios cuando expresa el deseo de ignorar a su padre. En el caso 8 recrudescen el llanto y los suspiros al manifestar que todos le tienen *solamente* lástima.

16. De un modo que no resulta fácil describir, *la conducta aparece como muy ingenua*, como muy pura, en todos los pacientes.

No hay expresiones que revelen ni desconfianza, ni suspicacia, ni malicia, ni ironías, ni segundas intenciones.

En cuatro de los casos (los 5, 6, 8 y 10) especialmente, la familiaridad no se redujo solamente al plano verbal, sino que trascendió claramente a la conducta en una cierta *pérdida de la preocupación habitual por el aspecto formal de la relación social*, y hubo así desaprensión frente a las normas comunes del pudor, como por ejemplo, despreocupación por cubrir el cuerpo, expulsión de eructos y gases.

17. En todos los casos aparece, como era de esperar por el embotamiento, una falta de atención; pero es sobre todo una *inatención a los estímulos del medio que no conciernen al tema*.

Dentro de la baja general de atención es notorio un contraste entre la inatención absoluta a otros estímulos y una atención relativamente conservada

a la conversación. Así, por ejemplo, en los casos 4 y 8, la prueba se efectuó en presencia de alumnos, a los que las pacientes no prestaron atención. Posteriormente a la prueba no tenían sino un recuerdo muy vago de que hubiera otras personas en la sala.

18. En tres de nuestros casos se presentó una *desorientación fluctuante*, temporal o espacial o alopsíquica:

El paciente 1, en un instante dado parece confundir el hospital con una cárcel, teniendo antes y después, sin embargo, plena comprensión de que se halla en una clínica. La paciente 3 pregunta si está en Puerto Montt; se corrige luego espontáneamente, pero en otro momento confunde al médico con su papá. La paciente 8, creyéndose en su casa, pide que no entre nadie.

3. ESTUDIO Y DISCUSION DE LOS HALLAZGOS.

3.1. Queda en pie, parece, sin responder —al pasar ahora al análisis de lo descrito— la pregunta de si acaso dentro de cualquier estado de somnolencia espontánea, o bien producido por otros depresores del S.N.C., podrían surgir los síntomas mostrados aquí o si ello es más propio y más fácil con pentotal o alcohol.

3.1.1. En todos los enfermos nos fue dado presenciar un cierto grado, mayor o menor, de ofuscación, dentro del cual deja de echarse mano a un contexto posible, más amplio, de datos a través de los cuales poder enfrentar y considerar la situación.

¿Será importante en esto que al embotamiento propiamente tal, creado por el fármaco se una el estar ya embargado el paciente por un problema importante y que haya además un cierto nexo afectivo previo —aun discreto— con el examinador? ¿Será decisiva o no la influencia del modo como sea llevada la entrevista? Porque es difícil saber en qué proporción influyen, en una acción conjunta, por un lado el efecto mismo de la droga y por otro lado que el paciente traiga desde antes aquello que lo embarga y que el médico ha tenido además forzosamente que activar, justamente para poderlo conocer.

Es plausible esperar del puro embotamiento que el enfermo esté desatento al ambiente en general, pero no es ya tan propio que, dentro de ello, le sea posible en cierto modo discriminar en pro de una determinada conversación, lo cual implica, en gran medida, atender también el enfermo a su propia persona.

Que surjan preguntas dirigidas a sí mismo, que el paciente parezca suponer al médico al tanto de todo, haciendo por otra parte más bien un monó-

logo, su uso excesivo del “yo” y quizás incluso la desorientación que encontramos en algunos casos (véase 2. 2., puntos 5, 6, 7, 9 y 18), constituyen hechos entre los que cabría ver una cierta unidad: *El paciente se repliega hacia un mundo más íntimo del cual, si el médico participa, no es sino como una imagen no objetiva.*

3. 1. 2. Los sentimientos que dominan al paciente —esto un tanto en contra de lo que corresponde al embotamiento simple— no son difusos ni vacíos, sino más bien netamente diferenciados según su contenido.

Los giros verbales de cada paciente —más familiares que en su propia conversación de vigilia—, el empleo ágil de la metáfora, las expresiones tan directas y categóricas, la mímica acentuada, la conducta ingenua y la despreocupación por formalidades sociales (véase 2. 2., puntos 2, 3, 4, 15 y 16), hacen sugerente una cierta unidad proveniente tal vez del *re-floreecer de un primitivismo* de tipo infantil.

3. 1. 3. El discurso de los pacientes resulta en general vivo sobre ese fondo de apagamiento propio de cualquier obnubilación. Aparecen juicios nuevos acerca del presente y el pasado, evidentemente catatímicos. No quizás propiamente juicios falsos pues que parecen surgir tan genuinamente de un trasfondo inédito. Puede decirse que, en particular la evocación aparece adulterada desde un ángulo puramente objetivo, pero en ningún caso desprovista de sentido.

Si bien es clara la merma de la actividad intelectual reflexiva y de la capacidad de establecer y aprehender relaciones más objetivas, no falta, en cambio, capacidad para conexiones de tipo emocional.

Las frases sueltas, el saltar de un punto a otro, la flojedad de la sintaxis, las interrupciones del discurso cuyo sentido no obstante se conserva (véase 2. 2., puntos 8, 12, 13 y 14), acusan —es cierto— *la pérdida parcial del manejo semántico de la realidad, pero con indemnidad relativa, en cambio, del manejo empático de ella.*

3. 1. 4. Lo exiguo de los temas no parecería ser producto —al menos exclusivo— de un componente perseverativo o apático, sino quizás antes que nada de una cierta selección que se impone espontáneamente, pero de un modo que, a la larga, resulta más o menos sistemático.

En lo que cada paciente expresa y en cómo lo expresa se da una constelación muy íntima entre la forma y el contenido. Si pudiéramos decir, se trata de una unión muy suelta y fluida.

El mayor caudal de palabras alrededor de un tema en el cual, por lo demás, se reincide, la persistencia misma de ese tema y la inatención a estímu-

los que no conciernen a él (véase 2. 2., puntos 10, 11 y 17), apuntan así hacia un *aspecto no ya de puro déficit sino también productivo, unitario* y quizás, en cierto modo, *creador*.

3.2. Llama la atención, al examinar los protocolos, encontrar una *unidad de sentido* en lo que los pacientes expresan a lo largo de su entrevista en narcohipnosis.

3. 2. 1. Se está acostumbrado a que, en plena vigilia, la unidad de la conducta surja muchas veces especialmente de un propósito más bien racional. Este propósito racional nos hace coordinar ideas que guardan entre sí una coherencia lógica y social haciéndonos dejar incluso de lado, a veces, otros aspectos que no se corresponden con ese orden dado.

Y sin embargo, no todo lo que nos rodea y de lo cual participamos en la vigilia posee su plena unidad como proviniendo exclusivamente de un orden lógico y abstracto. Ni siquiera de un orden social impuesto convencionalmente. Existe una unidad indudable, pero sin carácter racional, en mucho de lo que vemos y hacemos todos los días.

Por un lado se trata de un campo de acción y percepción guiado más bien por *consideraciones objetivas* desde un punto de vista social e intelectual. Por el otro, se trata de un campo orientado por *pulsiones más subjetivas y más afectivas*. El primero respeta más estrictamente las relaciones asimétricas de la realidad¹⁴. El segundo tiende a tomar como simétricas cualesquiera relaciones dadas en la realidad¹⁴.

3. 2. 2. Por esto mismo, quizás —puesto que hablar de campo de acción y percepción involucra a la conciencia— diversos autores^{10, 15, 16, 19, 20} se plantean, cada cual a su modo, la posibilidad de distinguir, respecto de la conciencia, entre una *posición intelectual frente a los objetos* y una *relación viva con ellos* *.

Husserl^{10c} hace ver cómo “no sólo el representarse cosas, sino el valorar cosas ostentan el modo de la actualidad”. El objeto de conciencia, tanto en una actitud natural como en una actitud ideal, es objeto del acto intencional^{10d}.

Husserl^{10b} distingue la “actitud ideal” respecto de la “actitud natural” de estar con las cosas. En un caso se trata de la conciencia que piensa en cosas^{10c}; en el otro caso se trata de la conciencia que siente las cosas^{10c}.

La conciencia ideal es la del mundo de un “para sí” absoluto, del mundo como un fondo al margen de lo considerado^{10b}. La conciencia de las cosas es, en cambio, la del “para mí” y del mundo “simplemente ahí adelante”^{10b}.

* Agradecemos al Dr. Brenio Onetto sus sugerencias a esta discusión.

También v. Weiszäcker²⁰ habla por una parte de una conciencia intelectual, constituyendo una continuidad homogénea, una identidad ideal y por la otra, de una conciencia viva, como de un presente que enlaza pasado y futuro en su identidad histórica.

Sartre¹⁹ pone el caso del retrato como ejemplo de un objeto vivido y el caso del signo como un ejemplo de objeto puramente representativo.

Merleau-Ponty^{15, 16} distingue, por su parte, entre la conciencia tética, intelectual y la conciencia de lo vivido. De la primera dice ser un "tejido de significaciones ideales"¹⁵. De la segunda, que ella no es más que el "flujo de lo vivido"¹⁵.

De la primera dice también que ella es una estructura representativa, abstractiva, inambigua^{16b}. De la segunda, que es una estructura concreta, efectiva, ambigua^{16b}. Pero, pese a su ambigüedad, es sólo a través de esta conciencia viva como subsiste un mundo único intersubjetivo^{16c}. Puestos en cambio en la actitud de una conciencia ideal, no cabe en ella una verdadera pluralidad de conciencias individuales^{16a-c}.

3. 2. 3. Esta *doble posibilidad de actitudes de parte de la conciencia* puede tener como su objeto, ya sea a lo percibido, a lo evocado o bien a una anticipación del futuro.

Así por ejemplo, un documento oficial puede darme información muy precisa acerca de cuándo y adónde realicé un viaje, pero no suscitarme la evocación de ninguna atmósfera vivida por mí en ese entonces. Por el contrario, un viejo desecho, al encontrarlo en el fondo de un cajón, puede evocar recuerdos vivos que nos permiten comunicarnos a través de él con toda una situación del pasado.

Lain Entralgo¹³ distingue al respecto entre recuerdos señaladores y recuerdos integradores. Los primeros pertenecientes a una retención intelectual y los segundos a una retención vívida de la conciencia.

Se trata en estos casos de una conciencia evocadora en la que prevalecen, respectivamente, lo representativo abstracto o una re-vivencia.

Y otro tanto se podría plantear respecto de objetos de conciencia no ya evocados, sino percibidos o anticipados como futuro:

Tienen un alcance diverso y opuesto aquello que se obtiene con una enumeración de datos que buscan demostrar lo que es, por ejemplo, una persona dada y aquello que se coge por efecto de una anécdota pintoresca que nos muestra vivamente a esa persona. En lo primero hay una información más escueta y más formal; en lo segundo hay una comunicación contagiosa.

Una demostración, en lo cual participa la conciencia racional, vale hecha por quienquiera para quienquiera. La "mostración" —usando un término de

Husserl¹¹— no existe, en cambio, si no viven, conviven o reviven algo todos los participantes, en el seno de una misma atmósfera de empatía.

3. 2. 4. De esta oposición dual —y dialéctica— entre la unidad que proviene sobre todo del intelecto y aquella otra que proviene de una esfera más afectiva y viva, es, al parecer, un buen ejemplo lo que ocurre con la técnica de asociación libre: en ella, si el paciente logra abandonar la ordenación intelectual no cae, como él teme, en un caos verbal, sino que se abre a *una ordenación diferente, también unitaria, mas no racional.*

3. 2. 5. En suma, mientras *la conciencia intelectual es reflexiva*^{9b}, *es temática*^{9b} *y propositiva y mediata, la conciencia de las cosas mismas es intuitiva*^{10b}, *es no propositiva y es inmediata*^{10b}.

3. 3. La unidad de sentido que apreciamos en nuestros protocolos, con este supuesto repliegue del paciente hacia su mundo más íntimo en compañía de antiguas imágenes (véase 3. 1. 1.), con este supuesto primitivismo transitorio (véase 3. 1. 2), con el predominio de lo empático y afectivo por sobre lo semántico e intelectual (véase 3. 1. 3.), con el surgir de cierta producción quizás hasta creativa (véase 3. 1. 4.), nos hacen ver una cierta semejanza —aparte otras posibles— entre el estado psíquico de la narcohipnosis y aquel de la asociación libre en vigilia.

3. 3. 1. Pero, ¿qué parentesco pudiera haber entre la adecuada atmósfera de relajación y confianza que permite al paciente entregarse voluntariamente a una asociación libre y esa acción —ajena a la voluntad— de las drogas usadas en narcohipnosis? ¿y qué parentesco, a su vez, en el hecho de encontrar un efecto tan notoriamente similar en la fluida charla que sigue, ya sea después de un par de aperitivos, ya después de ser recibidos por una acogida sincera y cordial?

La comunicación empática parecería exaltarse sobremanera cada vez que ocurren resquicios de la organización social y gramatical⁵: lo que la poesía tiene de inefable no lo entrega muchas veces si no es por trasgresiones de la gramática⁵. Sucede como si el alma se refugiara justamente en los intersticios de lo rutinario⁴.

Creemos que, a pesar de las innegables diferencias que hay —desde un punto de vista fisiológico o el punto de vista de la posición del yo— entre éstas muy diversas circunstancias, lo que resulta al fin y al cabo de común en todas ellas es el *predominio, con menor contrapeso, de una actitud viva y empática*, de parte de la conciencia, por sobre una actitud más puramente intelectual.

3. 3. 2. En nuestros pacientes sólo su curiosa y aislada alusión a su propio estado (véase 2. 2., punto 1), podría hablar de una cierta conciencia reflexiva, propositiva y mediata. Pero este hecho queda inmerso, sin elocuencia ninguna, en medio de la atmósfera que ellos simplemente *viven* y de la cual dan cuenta todos los demás hallazgos.

Según lo discutido hasta aquí, el campo de la conciencia en nuestros casos de narcohipnosis tendría más las características de una *estructura de sentido*, muy restringida es cierto —según la noción expuesta por nosotros en otras ocasiones ⁴, ⁵, ⁶—, que no las de una organización del tipo de la gestalt.

4. *Paralelo entre el estado de narcohipnosis y otros cuadros neuropsiquiátricos.*

4. 1. El estado de vigilia —y en términos aún más amplios, la plena claridad de conciencia— constituye un nivel óptimo para el máximo rendimiento práctico. Ello resulta en cierto modo comparable al estado del tono neuromuscular: ni una hipotonía ni una hipertonia muscular pueden ofrecer ese rendimiento a la vez flexible y enérgico, a la vez adaptable y justo, que es lo propio de la eutonía.

4. 1. 1. La actividad de la conciencia normal constituye un oscilar incesante desde un polo más puramente intelectual y abstractivo a otro más puramente afectivo, vivo y concreto. En estas condiciones no se llega nunca a quedarse ni en uno ni en otro extremo. En el hombre normal, dice Minkowski ¹⁷, los factores intelectuales y los factores vividos se penetran recíprocamente y forman un todo armonioso.

Una actitud intelectual crea la necesidad de lo vivo y una actitud vivida suscita la necesidad de lo racional en un círculo incesante. Como lo dice Husserl ^{10a}, "...no es posible ninguna intuición esencial sin la libre posibilidad de volver la mirada a algo individual que le corresponda..." Y tampoco es posible "ninguna intuición individual sin la libre posibilidad de llevar a cabo una ideación..." ^{10a}.

La conciencia lúcida dispone de un dominio formal pleno de la vivencia y de la expresión, atento también a la lógica racional ⁴.

4. 1. 2. Este rendimiento correcto se pierde por efecto de muy variados estados patológicos. Es así como apreciamos su falla, en general, tanto en la hipovigilia como en la llamada "hipervigilia" producidas ellas, o no, por drogas. Como caso de hipovigilia, una exaltación emocional ocurre, por ejemplo, en aquel cuadro que Kleist ¹² denominó "estado crepuscular impulsivo". En

plena nitidez de conciencia ello ocurriría, por ejemplo, en lo que Wernicke²¹ llamó "auto-psicosis expansiva" y Kleist¹² "estado crepuscular expansivo". En lugar muy particular habría que incluir aquí a la hipnosis.

Por efecto de drogas hipnóticas suponemos que se desmonta pasajera-mente el significado más intelectual y abstracto de los objetos de conciencia, lo cual ocurre también quizás —aunque de otro modo— con ciertos analépticos y alucinógenos. No pocos autores han sugerido el paralelo entre el llamado "narco-análisis" y el "euforianálisis".

4. 1. 3. Un predominio, con menor contrapeso racional, de una actitud viva y afectiva, puede entonces ser tal vez un *idéntico* (o equiparable) *producto resultante de diversas condiciones*, unas psicogénicas y otras fisiogénicas.

4. 2. De otra parte —en un área de la patología considerada como independiente de ésta— la clínica reconoce la pérdida permanente de la aptitud intelectual: el enfermo orgánico cerebral crónico.

Y parecería ser que en el cuadro crónico no demasiado avanzado, su capacidad de comunicación empática está mucho menos alterada que su capacidad intelectual⁷. Hay una disociación, según Delay⁸, entre la dificultad intelectual y la indemnidad de las operaciones concretas e intuitivas. Como dice también Minkowski¹⁷, mientras en la esquizofrenia menguan los factores vividos, en el orgánico menguan sobre todo los factores intelectuales. Puede el orgánico no saber hacer un cálculo aritmético en frío, pero sabe, por ejemplo, darse perfecta cuenta, por sí mismo, que su hija menor soltera no se conduce bien.

Un orgánico se maneja con toda soltura en un espacio dado cuando lo mueven necesidades vitales intuitadas por él de un modo concreto⁷. Pero esa habilidad desaparece en cuanto esos mismos movimientos debe realizarlos no ya según una intención utilitaria sino que ajena a su realidad más efectiva⁷. Algo similar se ha observado y descrito respecto al oligofrénico¹⁸.

Y se ofrece este mismo contraste al tratarse no de movimientos de carácter transitivo, sino que del acto de la palabra. En aquella conversación que le concierne personalmente su repertorio de palabras es más rico y fluido que cuando se le coloca ante oraciones gramaticales cuyo contenido no le interesa, que nada le dicen^{1, 7}.

Se conserva, relativamente, aquella intencionalidad que vive utilitaria-mente las cosas; se malogra la capacidad para la intencionalidad no utilitaria.

4. 3. No nos queda muy claro de qué modo es posible poner en parangón al cuadro orgánico crónico con el estado de narcohipnosis, pero no podemos menos que ver algunas semejanzas:

4. 3. 1. Podría atribuírseles a las drogas hipnóticas, con su acción encefálica directa, la producción de ciertos efectos que —aunque transitorios y recuperables— pudieran resultar homologables a los que produce el daño cerebral permanente y más o menos difuso.

De hecho, por mecanismos similares o no, observamos en unos y otros casos, como ya se dijo, una *merma de la aprehensión y del uso de la significación intelectual*.

4. 3. 2. Esta debilidad de la significación intelectual, sea por los mecanismos que fuere, se traduce desde luego en permitir —dentro de la actividad psíquica— que afloren descontroladamente en narcohipnosis *significaciones diversas, especialmente afectivas y primitivas* (véase 3. 1.2).

Dentro de una línea parecida a ésta cabría entender la incontinencia emocional del orgánico, concordante con su ambiente —al menos en el plano de lo más inmediato— y también que se destaquen en él los rasgos más primarios de su personalidad previa.

4. 3. 3. Por otra parte, lo precario de la significación intelectual —sea también por lo que fuere— se traduce en esa incapacidad para asumir una actitud abstracta según la describe Goldstein.

La pérdida de la actitud abstracta podría dar lugar por contraste —tanto en los orgánicos crónicos como en los pacientes en narcohipnosis— al *realce relativo de respuestas concretas, que implican un compromiso inmediato* (véase 3. 1. 3).

4. 3. 4. Gurwitsch^{9a} estima legítimo plantear un posible nexo entre lo que Husserl describe como “actitud ideal” de la conciencia y la “actitud abstracta” de Goldstein. Y lo mismo entre la actitud que Husserl llama “natural” y la que Goldstein llama “actitud concreta”^{9a}.

Pero hay entre ambos una diferencia de acentuación que siempre hace aventurado tratar de homologar conceptos de diversos autores: Husserl^{10b-c}, distinguiendo entre actitud natural e ideal de la conciencia, pareciera querer recalcar las *potencialidades de lo creativo o lo recreativo*. Goldstein⁸, distinguiendo entre actitudes abstracta y concreta, pareciera poner más el énfasis en las *potencialidades de un rendimiento global*.

Con todo, no parece ilegítimo plantear la extrapolación eventual de los conceptos de Goldstein al campo del estado psíquico en narcohipnosis, ni tampoco el transporte eventual de los conceptos de Husserl a la clínica.

4. 3. 5. Jean Delay², luego de considerar las concepciones sobre la memoria en Bergson y en Janet^{2a}, establece una distinción en tres clases de me-

moria: 1) *memoria sensorio-motriz*; 2) *memoria social*, y 3) *memoria autística* ^{2b}. La primera es inseparable de las funciones biológicas y de un tiempo biológico y sensorio-motor ^{2b}. La segunda es, a su vez, inseparable de las categorías lógicas y de un tiempo social-racional ^{2b}. En cuanto a la tercera, la memoria autística, ella no aparece sino cuando hay *des-socialización del pensamiento*, de la memoria social y del tiempo racional ^{2b-c}.

La memoria autística no se rige ni por las funciones biológicas como la memoria sensorio-motriz, ni por categorías racionales como la memoria social ^{2b}. Posee un automatismo espontáneo, obscuro y profundo, no mecánico, que aporta elección, "alma y abismo" ^{2b}. Sus contradicciones e incoherencias no son tales, sino a la luz de la razón ^{2b}. Ella está en la vida secreta, afectiva, del yo íntimo y profundo, que es la del *tiempo como duración* en el sentido de Bergson ^{2b}.

El tiempo autístico se confunde con el sentir de la vida en movimiento, del devenir íntimo, de la pulsión dinámica del pasado sobre el presente ^{2c}. Es el *tiempo vivido*; es un tiempo subjetivo e individual, afectivo y emotivo, que se opone al *tiempo social* —y a la conciencia de la temporalidad social— que es objetivo, representativo, estable, universal, homogéneo, racional, mensurable ^{2c}.

La desaparición, por diversas circunstancias, del marco social deja lugar a lo imaginario, a la ingenuidad y espontaneidad afectivas ^{2d}. Se escapa así al tiempo, desde un orden lógico y social hacia otro mundo *de orden íntimo e inefable* ^{2c}. Toda memoria afectiva es, pues, autística ^{2d}.

La memoria autística aflora habitualmente en la demencia, por la pérdida de la memoria social ^{2b}. Pero ella no surge exclusivamente por efecto de la demenciación, sino también en otras circunstancias de des-socialización: ella se hace presente también en el niño entre 2 y 7 años, en ciertos oligofrénicos y culturas primitivas ^{2b}. Un ejemplo experimental lo constituyen los prodigiosos alargamientos del tiempo vivido en la embriaguez de haschisch, de opio, de mescalina, en los que los minutos pueden ser vividos como siglos ^{2c}. La narcosis por éter, cloroformo y barbitúricos ha sido a menudo ocasión de tales reviviscencias cargadas de afectividad ^{2c}. Pero, "no hay sino una circunstancia de la vida mental normal donde se manifiesta la memoria des-socializada (o autística) y es el dormir, *equivalente psicológico de la demencia*" ^{2b *}.

En las des-socializaciones totales del dormir y de la demencia perdura, ella sola, la *duración* (tiempo autístico) ^{2c}. La memoria no deviene entonces sino una nube de imágenes, que flota liberada de marcos sociales y racionales, del tiempo y el espacio objetivos ^{2c}.

4. 4. Dentro del paralelo propuesto surge inevitablemente una pregunta: ¿Por qué en el enfermo orgánico cerebral crónico no observamos propiamente

* Subrayado por nosotros

un trastorno de conciencia y sí lo palpamos en muchos otros estados en que también disminuye la actividad intelectual? Una respuesta posible, hipotética, para atender a este difícil problema sería invocar el papel que juega el *tiempo de evolución*.

4. 4. 1. Aquello que se conserva indemne de un marco previo de significación social e intelectual ya adquirida, es capaz aún de organizarse en una unidad coherente, respetuosa de la lógica, de la semántica y de las convenciones sociales, lo cual permitiría al orgánico crónico, si se le da tiempo para ello, manejar la realidad con cierta aceptable reflexividad y nitidez a pesar de sus modestos recursos intelectuales.

4. 4. 2. Esto no ocurriría en cambio en los llamados “cuadros orgánicos agudos”, y quizás tampoco en otros cuadros agudos no orgánicos, pues, en conformidad a esta interpretación, no se les daría el tiempo suficiente para una reorganización.

4. 4. 3. Hablando en favor de esta misma hipótesis vemos cómo en la demencia de término propiamente tal es difícil hacer afirmaciones categóricas sobre el estado de conciencia: sólo hallamos los jirones de un campo de conciencia tendiendo todavía, apenas, a su unidad.

4. 4. 4. Todos hemos visto, por otra parte, casos de síndrome de Korsakov cuya evolución, muchas veces espontánea, pasa desde un cuadro centralmente comandado por el trastorno de conciencia —si bien especialmente confusional o confuso-onírico— hacia un cuadro residual de decaimiento intelectual que no acusa signos visibles de trastorno de conciencia.

Tal como dijimos al comienzo, el objetivo de esta presentación no era transmitir información sobre el valor diagnóstico o la eficacia terapéutica de nuestras experiencias con narcohipnosis. Ello requeriría otros métodos de análisis, definiciones operacionales y el número de casos resultaría insuficiente.

Sólo ofrecemos aquí entonces una impresión acerca de la estructura misma de la actividad psíquica de nuestros pacientes durante la narcohipnosis y algunas reflexiones de alcance más general.

RESUMENES DE LOS CASOS CLINICOS

Caso 1. E. C. L.: 21 años. Sexo masculino. Soltero. Obrero. Ingres a hospitalización en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, el 30 de julio de 1957, por la aparición brusca de sintomatología de tipo psicótico en relación con el embarazo de su novia y un problema de desempleo. En su cuadro se destacan manifestaciones catatónicas y paranoideas sin trastorno aparente de conciencia. El examen físico es negativo. No hay antecedentes psiquiátricos previos. Cursó hasta 6º año primario. No hay problemas de déficit intelectual. Se efectúa sesión bajo pentotal, que pone de manifiesto el aspecto comprensible de sus vivencias. Se completa luego el tratamiento con drogas (reserpina y clorpromazina) y psicoterapia. Se logra remisión completa en el lapso de un mes, siendo dado de alta al parecer sano. Se hace diagnóstico de *reacción esquizofrénica catátono-paranoidea*.

Caso 2. R. V. V.: 27 años. Sexo masculino. Soltero. Empleado. Ingres a hospitalización por primera vez el 26 de mayo de 1954 y nuevamente el 21 de noviembre de 1957. En ambas ocasiones la hospitalización fue decidida a raíz de diversos intentos serios de suicidio, cuyos móviles no se había logrado esclarecer, siendo al parecer incomprensibles aun para el propio paciente. Al examen del segundo ingreso sólo se aprecia preocupación hipocondríaca, no delirante. Hay una herida cortante suturada a nivel del pliegue del codo izquierdo. El estudio psicométrico revela un nivel intelectual de torpeza mental y elementos que sugieren cuadro orgánico cerebral y/o histeria. Se efectúa sesión bajo pentotal, que no logra esclarecer los motivos del intento de suicidio. Al alta, al cabo de un mes, se plantea el diagnóstico de *estado crepuscular* con amnesia para sus actos suicidas.

Caso 3. G. C. G.: 19 años. Sexo femenino. Soltera. Secretaria. Ingres a Cirugía del Hospital J. J. Aguirre, el 13 de marzo de 1961, por un problema de adherencias intestinales. Cinco años antes, en un intento de suicidio con arma de fuego, se perforó el intestino grueso siendo intervenida de urgencia en Puerto Montt. El motivo había sido, en ese entonces, su temor a la reacción que pudiera tener el padre ante su fracaso en los últimos exámenes escolares de 5º año primario. Al examen se aprecia mímica escasa, motilidad algo disminuida. Hay ideas actuales de suicidio que relaciona, esta vez, con el reciente matrimonio de su hermana mayor, que era "la única con quien me entendía en la familia". El lenguaje es escaso y la voz apagada. No se aprecia trastorno de conciencia ni déficit intelectual. Se efectúa sesión bajo pentotal, que pone en evidencia su deseo de morir por sentirse absolutamente incomprendida por todos. Posteriormente a la prueba —con intensa abreación— se aprecia mejoría de su estado, siendo dada de alta en buenas condiciones con el diagnóstico de *reacción depresiva*.

Caso 4. P. A. L.: 18 años. Sexo femenino. Soltera. Estudiante. Ingres a la consulta externa de la Clínica Psiquiátrica el 1º de octubre de 1962 por un cuadro con cefalea fronto-orbicular bilateral y vértigos, que se inició luego de un accidente automovilístico. Presenta a menudo sueños en que se repite el accidente. No hubo TEC ni otras lesiones. Al examen su apariencia es agradable; conversa en voz baja con tono ameno. Da respuestas lacónicas muy pertinentes. No hay trastorno de conciencia ni déficit intelectual. Por la refractoriedad del cuadro al uso de fármacos y a la psicoterapia en vigilia se efectúa una sesión bajo pentotal, que pone de relieve la conexión del accidente con un problema sentimental y la preocupación de que su novio no sabe que sus padres son separados. Se obtiene mediana catarsis. Se le da el alta un mes después en buenas condiciones, sin síntomas, con el diagnóstico de *neurosis traumática*.

Caso 5. R. P. P.: 33 años. Sexo masculino. Casado. Modelista industrial. Ingres a la consulta externa el 1º de marzo de 1963 por presentar desde 7 meses antes dificultad para tragar sólidos, la que comenzó bruscamente desde una ocasión en que se atragantó comiendo carne. Un examen otorrinolaringológico y radiográfico concluyen que existe un es-

pasmo funcional del tercio-superior del esófago. Al examen mental se aprecia ánimo deprimido y preocupación en relación con un enamoramiento extraconyugal. Mas, en el fondo, le preocupa su situación de hijo natural. Por refractariedad a la psicoterapia en vigilia, a los fármacos y a terapias sugestivas, se efectúa sesión bajo pentotal, donde aparece vivamente el conflicto entre sus actuales ambiciones jerárquicas y económicas y el nivel socio-cultural de su mujer, inferior a lo que él aspira. Después de emerger angustia y sentimiento de culpa hay aceptable catarsis. Rememora con énfasis el hecho que cuando se atragantó almorzaba con empleados superiores a él en el casino de la fábrica. Posteriormente se hace psicoterapia tomando como base el material recogido bajo narcohipnosis y se le da de alta en buenas condiciones, sin síntomas, al cabo de 1 año, con diagnóstico de *espasmo faríngeo-esofágico psicógeno*.

*Caso 6. M. Z. Z.: 27 años. Sexo femenino. Soltera. Costurera. Ingres a la consulta externa el 13 de agosto de 1964, presentando desde hace 8 meses, varias crisis de tipo emocional, sin trastorno aparente de conciencia y después de las cuales queda parestesia y/o hipostesia del brazo o de la pierna izquierdos por algunos días. Todo ello, al parecer, en relación con roces con su jefe en el trabajo, con su novio y con la madre. Al examen tiende a minimizar las dificultades de trato con las personas, se muestra inquieta, tensa y como indiferente. No se aprecian ni trastorno de conciencia ni déficit intelectual. En la sesión bajo pentotal, a pocos días de su ingreso, habla extensa y dramáticamente de su horror al matrimonio, de su miedo al padre, de su condición de hija natural. Posteriormente a la prueba la paciente no vuelve a tratamiento. Se da el alta administrativa con diagnóstico de *neurosis histérica*.*

*Caso 7. M. G. O.: 22 años. Sexo masculino. Soltero. Estudiante. Ingres a la consulta externa el 7 de septiembre de 1964, presentando desde 3 meses antes insomnio de conciliación, pérdida del apetito, ánimo irritable, tendencia al llanto. Al examen se muestra tímido, se aprecian ideas claras de suicidio. Solamente luego de difíciles rodeos confiesa su problema de homosexualidad. Dada su reticencia a este respecto y la posible relación de ella con el cuadro sintomático actual se le somete a sesión bajo pentotal —previa explicación de su objetivo— en la que aparece abundante material, donde se destaca el sentimiento de haberse derrumbado totalmente su prestigio personal después de ciertas experiencias homosexuales de las que "todo el pueblo supo". Posteriormente a la prueba, con buena catarsis, cede totalmente la sintomatología. Dado de alta después de 3 semanas con diagnóstico de *reacción depresiva en un homosexual*.*

*Caso 8. F. M. V.: 39 años. Sexo femenino. Dueña de casa. Ingres a la consulta externa el 27 de septiembre de 1965. Presenta desde 1 año antes, dificultad de concentración, apatía y pesimismo, apetito disminuido. Al examen se aprecia histriónica dentro de su aflicción. Pone el acento en quejarse de su marido y de sus hijos, a quienes culpa, en cierto modo, de sentirse ella enferma. Se la somete a psicoterapia en colaboración con un grupo de alumnos de medicina. Al cabo de 10 entrevistas se decide realizar una sesión bajo pentotal. Durante ella las quejas hacia la familia se exacerban intensamente; aparece el deseo de matar a sus hijos y luego matarse ella misma. Estos contenidos, insinuados en las primeras sesiones en vigilia habían dejado de hacerse presente en las últimas. Posteriormente a la prueba se continúa con psicoterapia hasta su alta, en mejores condiciones, al cabo de tres meses y medio, con diagnóstico de *depresión neurótica en una personalidad con rasgos histéricos*.*

Caso 9. R. P. U.: 22 años. Sexo masculino. Soltero. Estudiante de Electrotecnia. Ingres al Departamento de Psiquiatría del Servicio Médico de Alumnos de la Universidad de Chile el 10 de septiembre de 1963. Presenta desde 5 años antes, arcadas secas en las horas de comida, especialmente en lugares en que no se siente en confianza. No se acompañan de sensación de asco ni de salivación. Al examen se aprecian manifestaciones de

depresión del ánimo. Se siente distante de la gente y siente celos respecto de su novia. Textualmente agrega: "Los celos me repercuten en el estómago". Se realiza sesión bajo pentotal, en la cual da cuenta extensamente de frustraciones afectivas por parte de ambos padres y de su inseguridad frente a la mujer. Se obtiene abreación mediana, pero aceptable. Posteriormente a la prueba se le trata con Marplan y psicoterapia siendo dado de alta al cabo de 8 meses, en buenas condiciones, sin molestias, con diagnóstico de *neurosis depresiva*.

Caso 10. A. R. S.: 22 años. Sexo masculino. Soltero. Estudiante de Química. Ingresó al Departamento de Psiquiatría del S. Médico de Alumnos el 13 de septiembre de 1963. Presenta desde 4 años antes cefalea frontoccipital con sensación de "sequedad" de los ojos y latidos en el cuello. Al examen se muestra aparentemente muy dueño de sí mismo. Discreta labilidad emocional; interpreta su cefalea como posibilidad de sufrir una lesión cerebelosa o bien hipertensión arterial. Lenguaje adecuado en cantidad y velocidad. Se inicia psicoterapia tocando especialmente su dificultad de relación con los padres, con sus compañeros y su novia. Frente a todo ello parecería haber un sentimiento de culpabilidad. Después de 5 meses de tratamiento incluyendo analgésicos y tranquilizantes, disminuyó considerablemente la sintomatología y mejoró la relación ambiental. Como un modo de completar el tratamiento se efectúa una sesión bajo pentotal con considerable catarsis. Diagnóstico al egreso: *cefalea de conversión*.

Caso 11. R. S. T.: 21 años. Sexo masculino. Soltero. Estudiante de Odontología. Ingresó al Departamento de Psiquiatría el 18 de agosto de 1964. Presenta desde los 13 años una preocupación por el riesgo de ruborizarse, miedo que se acentúa en situaciones que exacerban su timidez. Al examen se aprecia que el paciente tiene miedo de la eritrofobia misma, cosa que él no comprende porque dice: "tan absurdo como eso sería tener miedo de balbucear" Esto último también le ocurre, pero sin experimentar por ello ninguna aprensión. El ánimo se aprecia algo pesimista. Se efectúa sesión bajo pentotal, donde surgen temores de tener facciones poco viriles, de que lo consideren afeminado o aun homosexual. Se hace breve psicoterapia ulterior en vigilia. Al egreso, al cabo de un total de 3 meses, está sin molestias subjetivas. Se diagnosticó *eritrofobia*.

Caso 12. F. S. C.: 26 años. Sexo masculino. Soltero. Egresado de Ingeniería. Ingresó al Departamento de Psiquiatría el 11 de septiembre de 1964. Presenta desde 8 meses antes una dificultad variable para deglutir lo que él interpreta como que el mecanismo de la deglución no obedece a su voluntad. Espera mejorarse de su sintomatología para hacer su tesis de licenciatura. En el intertanto se desempeña como ayudante de dos cátedras en su escuela. El examen nos planteó el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e histeria, motivo por el cual se le somete a sesión bajo pentotal. Realizada ésta se hace necesario suspenderla por una baja de la P.A. sin permitir que se aclarara el diagnóstico no obstante haber habido cierto grado de catarsis. El paciente abandona posteriormente el tratamiento. Al egreso se le rotula como probable *esquizofrenia simple*.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BRINCK, G.: Comunicación personal. Santiago. Septiembre, 1965.
- 2.—DELAY, J.: "Les Dissolutions de la Mémoire". a) pp. 7-16; b) pp. 17-40; c) pp. 97-106; d) pp. 114-121. Presses Universitaires de France. Paris, 1950.
- 3.—DELAY, J.: "Les Aphasies". Encyclopédie med. chir. Seméiologie du Systeme Nerveux 17019 (pg. 2).
- 4.—GAETE, S.: "Forma y Contenido". Act. Luso-esp. neurol. psiquiat. 1964, 23, 121.

- 5.—GAETE, S.: "Lenguaje y Significado". Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat. 1965, 11, 252.
- 6.—GAETE, S.: "Comprensión Empática". Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat. 1966, 12, 160.
- 7.—GAETE, S.: "El Símbolo en la Comunicación Personal y en la Comunicación Impersonal". Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría. 1966, 5, 15.
- 8.—GOLDSTEIN, K.: Citado por A. Gurwitsch (loc. cit. (9)) en "Théorie du Champ de la Conscience" (pp. 193-194).
- 9.—GURWITSCH, A.: "Théorie du Champ de la Conscience". a) pp. 193-194; b) pp. 233-234. Desclée de Brower. Bruges, 1957.
- 10.—HUSSERL, E.: "Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y a una Filosofía Fenomenológica". a) p. 22; b) pp. 64-68; c) pp. 84-85; d) p. 150. Fondo Cultura Económica. México, 1949.
- 11.—HUSSERL, E.: "Investigaciones Lógicas". Vol. II, pp. 32-33. Revista Occidente. Madrid, 1929. Citado por A. Roa (loc. cit. (18)) en "Contribución Metodológica al Estudio de las Psicosis en Episodios Psicóticos de los Oligofrénicos" (pp. 58-59).
- 12.—KLEIST, K.: Citado por A. Vallejo-Nágera en "Tratado de Psiquiatría" (p. 98). Salvat. Barcelona, 1954.
- 13.—LAIN-ENTRALGO, P.: "Teoría y Realidad del Otro". Vol. II, p. 69. Revista Occidente. Madrid, 1961.
- 14.—MATTE-BLANCO, L.: "Expression in Symbolic Logic of the Characteristics of the System U.C.S.". The Logic of the System U.C.S. Int. J. Psycho-Anal. 1959, 40, 1.
- 15.—MERLEAU - PONTY, M.: "La Estructura del Comportamiento". Pp. 294-308. Hachette. Buenos Aires, 1957.
- 16.—MERLEAU - PONTY, M.: "Fenomenología de la Percepción". a) pp. 59-63; b) pp. 111-112; c) pp. 383-391. Fondo Cultura Económica. México, 1957.
- 17.—MINKOWSKI, E.: "La Esquizofrenia". Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos. Pp. 63-68. Paidós. Buenos Aires, 1960.
- 18.—ROA, A.: "Contribución Metodológica al Estudio de las Psicosis en Episodios Psicóticos de los Oligofrénicos". Org. Hipócrates. Santiago de Chile, 1953.
- 19.—SARTRE, J. P.: "L'Imaginaire". Psychologie Phénoménologique de L'Imagination (parte I.a). Ed. Gallimard. París, 1948.
- 20.—WEIZSACKER, V. v.: "El Círculo de la Forma". Teoría de la Unidad de Percepción y Movimiento. P. 109. Ed. Morata. Madrid, 1962.
- 21.—WERNICKE, C.: Citado por A. Vallejo-Nágera en "Tratado de Psiquiatría" (p. 99). Salvat. Barcelona, 1954.