

año 6 número 18/ octubre 2019

ATLAS

18

otra revista de salud mental



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

“*El tiempo pasa, nos vamos volviendo tecnos, y al amor no lo reflejo como ayer*” decía la versión de Años que Luca Prodan y Andrés Calamaro grabaron en los lejanos ochentas. La tomamos del remolino del tiempo para hablar de esta edición de **ATLAS**. La cuestión andaba rondando en números anteriores y es una pregunta que nos hacemos muy a menudo: ¿cómo poder dar cuenta de los cambios que la tecnología marca en nuestra disciplina?

Podemos pensar tres hipótesis:

- 1) La tecnología trae *avances* que hacen a la psiquiatría más precisa y eficaz.
- 2) La tecnología mata el arte médico y reduce la subjetividad a un dato.
- 3) La tecnología ofrece nuevas herramientas, pero la dirección de sus consecuencias, avances o retrocesos, siguen dependiendo del humano.

Hablar de cada una de las aristas que surgen de estos tres planteos sobrepasan este número. De hecho, estamos pensando hacer unas Jornadas al respecto. Tomamos sólo la idea como un disparador para pensar el presente, buscando los intersticios por donde ocurren las posibilidades de ser mejores psiquiatras, esto es, y como dice Héctor Fernández Álvarez en el primer episodio de nuestro podcast (disponible en spotify), sostener la duda como motor del saber.

No nos entrenemos más en el presente, a continuación el decimoctavo número de ATLAS.

Sumario

Editorial/ 2

El medio es el mensaje / Ni. Alonso 4

La nueva antipsiquiatría / M. Zurita 12

¿Cerrarán o no los manicomios en el 2020? / Mentalísima

De Pinel a las apps kraepelinianas / D. Costa 20

¿Acaso no enloquecemos todxs cuando nos enamoramos?

/ A. Rousseaux 26

Tan lejos, tan cerca / J. Fabrissin 31

Los últimos 20 años de internet / L. Vazquez Topssian 34

Especial: Franco Bifo Berardi en ATLAS 40

La asexualidad en el espejo de la medicina / V. Pagano 47

Primum nocere: decálogo de la mala praxis psi / Mentalísima 56

Los psiquiatras que son hablados por la industria farmacéutica / J. Fabrissin 60

El paradigma del riesgo en psiquiatría: ¿vale más prevenir que curar? / M. Murakami 64

III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental / N. Oliva, L.

Fernández, N. Castellani 76

Cierre 86

Foto de tapa:

Detalle de la revista alemana Utopia, 1965

ATLAS Año 6 N° 18. Abril 2019 ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Ideas y Desrealizaciones: Nicolás Alonso, Diego Costa, Laura Fernández, Natalia Fuertes, Nicolás Oliva, Andres Rousseaux, Victor Pagano. Corresponsal en la tierra de Messi: Marcos Lizarraga. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Córdoba 1752 12 E C.A.B.A.

maildeatlas@gmail.com

El medio es el mensaje

Nicolás Alonso

La tecnología de comunicación y los cambios sociocognitivos se fueron al río (...)

Marshall McLuhan fue una especie de profeta de los medios. Desde la década de los 60 predicó acerca de los efectos de la tecnología en la sociedad. En esa época se vivía el *boom* de la televisión, que en poco tiempo se transformó en el medio tecnológico más utilizado por la población. **Mc Luhan** planteaba que el punto central de una tecnología no es el contenido sino que lo que realmente importa es simplemente el hecho de utilizarla. El medio también influye en cómo el mensaje es percibido: ver la televisión más que el programa visto en cuestión. Tal apreciación fue popularizada en su frase hit: “**El medio es el mensaje**” que apareció por primera vez en el libro, **Understanding Media: The Extensions of Man** de 1964. (1)

Para el autor, cada medio y cada tecnología son extensiones del cuerpo y la mente. En un sentido amplio, unos rollers extienden las habilidades de nuestros pies y una foto potencia nuestra visión y memoria. Más que como extensiones, éstas funcionan como prótesis dado que cada nueva tecnología empleada por el hombre *implica también una amputación*.

La historia *mediática* de la humanidad se ha trasladado de la palabra hablada a una escrita, interpuesta por la alfabetización y la imprenta. El desarrollo del medio impreso llevó a las personas a organizar sus percepciones para ajustarse a la página impresa caracterizada por un punto de vista fijo (2,3). El advenimiento de las pantallas nos sacó progresivamente de ese punto fijo para proliferar y multiplicarse en el espacio. El actual consumo de medios es más confuso a medida que se atiende a múltiples ofertas simultáneas en diferentes dispositivos (por ej: uso simultáneo de netflix, celular y computadoras) o mezclar contenido y usos en un solo dispositivo (usar una computadora para trabajar, ver películas, comprar y socializar). En la era de los dispositivos móviles, más que competencia se está pasando a una sinergia entre las pantallas. (4)

Cuando un medio tecnológico es novedoso, nos desvela y le prestamos particular interés pero a medida que se vuelve rutinario dejamos de darle la particular atención y se invisibiliza en la cotidianeidad. Aquellos televisores de los 60 hoy pasan inadvertidos en cualquier hogar.

Esto no quita la influencia que ejercen sobre nosotros, individual y colectivamente. (1)

El medio es también el entorno, dado que cualquier tecnología crea paulatinamente un entorno humano totalmente nuevo. Para McLuhan "*Los entornos no son envolturas pasivas, sino procesos activos*" (2,3). En términos de la era digital / electrónica, podemos afirmar que se ha creado un entorno totalmente nuevo. Pensemos en un podcast, por ejemplo, éstos moldean el mensaje y lo hacen más cercano e intimista que la radio tradicional. O el ajuste hacia la imagen y la velocidad de uso de instagram, por ejemplo.

La capacidad de Internet para capturar y mantener la atención no se debe únicamente al tipo de contenido online, también está impulsado por el diseño y la presentación subya-

centes. Internet funciona con un autoperpetuante “*mecanismo de atracción*”. Aquel contenido que no logra llamar la atención se pierde rápidamente en un mar información entrante. Mientras que cualquier cosa que logra despertar un mínimo interés se registra a través de *clics* y *scrolls*. Luego este contenido proli-



fera y se expande a otros similares. (5)

En la era digital, las personas están organizando sus percepciones para ajustarse a los estímulos ofrecidos por los medios digitales. Gloria Mark, quien estudia el fenómeno de *multitasking*, plantea que como Internet es digital, no lineal y discreto, nuestra atención ha venido a reflejar esto, se fragmenta fácilmente y la capacidad de concentrarse en este entorno de información es crítica. (6) **Yeykelis y col.** midieron el *multitasking* de medios de los participantes entre dife-

rentes tipos de contenido de medios en línea mientras usaban solo un dispositivo (computadoras portátiles personales), y descubrieron que **los cambios ocurrían cada 19 segundos y el 75% de los participantes visualizaba el contenido en la pantalla por menos de un minuto.** (7)

Los ‘Nativos digitales’ (generaciones que crecieron con las tecnologías de Internet) tienden hacia un modo “*superficial*” de procesamiento de información caracterizado por un escaneo rápido y una contemplación y consolidación de la memoria reducidas. En relación con las generaciones anteriores, tienen más comportamientos multitasking que están vinculados a una mayor distracción y pobre habilidades de control ejecutivo. (8)

En una revisión reciente de la revista **World Psychiatry** (4) se esbozan las múltiples vías a través de las cuales Internet podría afectar la cognición, haciendo foco no solo en la ya mencionada **atención**, sino también en la **memoria y el conocimiento**. Es decir, en qué medida dependemos de Internet como nuestro principal recurso informativo. La facilidad de recuperación de información online reduce la necesidad de un procesamiento profundo para enviar información a la memoria. Confiar en la tecnología como fuente de memoria externa puede resultar en esfuerzos de aprendizaje reducidos ya que la información se puede recuperar fácilmente más tarde. Otro punto que menciona el artículo es la **cognición social**, vinculando la complejidad de las relaciones humanas a las consecuencias, personales y sociales, de incorporar cada vez más nuestras redes sociales e interacciones de un mundo virtual. Sobre este último punto Mc Luhan concebía que la sociedad estaba camino a una Aldea Global. https://www.youtube.com/watch?time_continue=30&v=pSmVD31Qg0Q

Además, incluso cuando no se utiliza Internet para ningún propósito específico, los teléfonos inteligentes han creado comportamientos de “**verificación**” que son instantáneos, ge-

neralizados y habituales: chequear los mails, ver si alguien leyó un mensaje o si hay notificaciones de redes sociales, etc. (9)

Entonces, en lugar que una persona inicie una interacción con un dispositivo pasivo, los dispositivos mismos activamente nos interpelan con notificaciones, exigiendo atención. No podríamos decir que las notificaciones *per se* sean un problema, sino el cómo y cuándo se reciben.

En un estudio experimental (10) se creó un grupo en el que las notificaciones se reciben todas juntas en “lote” cada 3 horas comparándose con un grupo que no recibió ninguna notificación y controles que recibían normalmente. En comparación con aquellos en la condición de control, los participantes cuyas notificaciones se enviaron tres veces al día se sintieron más atentos, productivos, de mejor humor y con un mayor control de sus teléfonos. Los participantes en el grupo por lotes también informaron menor estrés, mayor productividad y menos interrupciones telefónicas. En cambio en los que se desactivaron completamente las notificaciones se reportó más ansiedad y temor a “quedar desconectado”.

Actualmente las personas no pueden imaginar su vida sin el teléfono celular, se han creado **hábitos** que podrían ser planteados como el resultado del refuerzo conductual de “*recompensas de información*” (5,9). Estos hábitos han generado neologismos para dar cuenta de los nuevos efectos. El **Ningufoneo o phubbing (phone + snubbing)** consiste en ignorar a una persona y al propio entorno por concentrarse en un teléfono u otro dispositivo. **Mc Daniel y Drouin** (12) lo examinaron en 173 parejas que completaron encuestas diarias sobre *ningufoneo* y medidas de bienestar relacional durante 14 días. La mitad de las parejas (56.1%) indicaron que experimentaron **phubbing** en su relación romántica al menos unos días durante el período de estudio de 14 días. En los días en que los participantes calificaron más *ningufoneo* de lo habitual, se sentían peor por su relación, percibían más conflicto sobre

el uso de la tecnología, califican sus interacciones cara a cara como menos positivas y experimentaban un estado de ánimo más negativo. Para los autores esto sugiere tecnología interfiere en el *bienestar vincular y emocional*.

Otro término que se ha popularizado es la **Nomofobia** abreviado derivado de “no-mobile-phone phobia” que consiste en el miedo irracional a salir de casa sin el teléfono móvil. También se han conceptualizado dentro de las adicciones conductuales las categorías de **Uso problemático del teléfono móvil y uso problemático de internet**. Ambas se conciben como uso excesivo con deterioro funcional asociado y síntomas de abstinencia y tolerancia (13). Ya comienza a ser sustancial la cantidad de artículos que vincula (con diferentes grados de asociación) a estos usos problemáticos con depresión, ansiedad, rumiación, propensión al aburrimiento, desregulación emocional e inhibición conductual, ira y miedo. (5, 13-16)

Mc Luhan, pese a haber sido tildado de determinista tecnológico, dijo que las nuevas tecnologías conducían a nuevas estructuras de sentimiento y pensamiento. Falleció en 1980 sin llegar a ver el mundo actual en el que se puede afirmar que estamos atravesando una *mutación* (17), en parte condicionada por la transformación de los medios.

1. McLuhan, M, Comprender los medios de comunicación Las extensiones del ser humano

Editorial Paidós. 1996 (reedición de el original de 1964).

2. McLuhan M, Fiore Q. El medio es el mensaje Un inventario de efectos. La marca editora 2015

3. Strate, L. (2012). El medio y el mensaje de McLuhan: la tecnología, extensión y amputación del ser humano. Infoamérica ICR, 7–8, 20. Retrieved from http://www.infoamerica.org/icr/n07_08/strate.pdf

4. Fernández Planells, A., & Figueras Maz, M. (2014). De la guerra de pantallas a la sinergia entre pantallas: El mul-

titasking en jóvenes. *Audiencias Juveniles y Cultura Digital*, 87–105.

5. Firth J, Torous J, Stubbs B, Firth J, Steiner G, Smith L, Alvarez-Jimenez M, Gleeson J, Vancampfort D, Armitage C, Sarris J. (2019). The “online brain”: how the Internet may be changing our cognition Joseph. *World Psychiatry*, 18(2), 236–237.

6. Mark, G. (2015). Multitasking in the Digital Age. *Synthesis Lectures on Human-Centered Informatics*, 8(3), 1–113. <https://doi.org/10.2200/s00635ed1v01y201503hci029>

7. Yeykelis, L., Cummings, J. J., & Reeves, B. (2014). Multitasking on a Single Device: Arousal and the Frequency, Anticipation, and Prediction of Switching Between Media Content on a Computer. *Journal of Communication*, 64(1), 167–192. <https://doi.org/10.1111/jcom.12070>

8. Loh, K. K., & Kanai, R. (2016). How Has the Internet Reshaped Human Cognition? *Neuroscientist*, 22(5), 506–520. <https://doi.org/10.1177/1073858415595005>

9. Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L., & Raita, E. (2012). Habits make smartphone use more pervasive. *Personal and Ubiquitous Computing*, 16(1), 105–114. <https://doi.org/10.1007/s00779-011-0412-2>

10. Fitz N; Kushlev K; Jagannathan R; Lewis T; Paliwal P; Rely D. Batching smartphone notifications can improve well-being. *Computers in Human Behavior*, ISSN: 0747-5632, Vol: 101, Page: 84-94. 2019

11. Mark, G., Iqbal, S. T., Czerwinski, M., & Johns, P. (2014). Bored Mondays and focused afternoons: The rhythm of attention and online activity in the workplace. *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings*, 3025–3034. <https://doi.org/10.1145/2556288.2557204>

12. McDaniel, B. T., & Drouin, M. (2019). Daily technology interruptions and emotional and relational well-being. *Computers in Human Behavior*, 99(May), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.04.027>

13. Panova, T., & Carbonell, X. (2018). Is smartphone ad-

diction really an addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 252–259. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.49>

National Academies Keck Future Initiative(2013).*The Informed Brain in a Digital World : Interdisciplinary Team Summaries THE DIGITAL.*

14. Demirci, K., Akgönül, M., & Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 85–92. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.010>

15. Elhai, J. D., Rozgonjuk, D., Yildirim, C., Alghraibeh, A. M., & Alafnan, A. A. (2019). Worry and anger are associated with latent classes of problematic smartphone use severity among college students. *Journal of Affective Disorders*, 246(June 2018), 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.047>

16. Oviedo-Trespalacios, O., Nandavar, S., Newton, J. D. A., Demant, D., & Phillips, J. G. (2019). Problematic use of mobile phones in Australia...is it getting worse? *Frontiers in Psychiatry*, 10(March). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00105>

17. Bifo Berardi *Fenomenología del fin. Sensibilidad y mutación conectiva.* Editorial Caja Negra. 2017

La nueva antipsiquiatría

Marcos Zurita

Sobre la ilusión de la novedad

1. En un chat donde confluyen muchos colegas psiquiatras alguien escribe: *“Me parece interesante compartir esto: una paciente con trastorno bipolar se bajó la aplicación que testea el estado de ánimo (le ponen caritas con distintos estados de ánimo para que tilde), cuántas horas duerme, fija el domicilio de trabajo entonces ven cuántas horas permanece ahí, etc. Si no pone estado de ánimo la aplicación se lo recuerda. Es lo que Vietta (sic) lleva como protocolo y sirve para testear en forma mucho más directa el estado anímico y la actividad del paciente”*. Alguien responde *“yo las uso permanentemente, yo uso daylio”*. Otro agrega: *“Sí. Si el paciente adhiere son de mucha ayuda”*. Otro: *“uso la misma”*. Otro: *“Gracias por compartir (...) yo también uso daylio”*.

La curiosidad del intercambio fue la absoluta hegemonía, la total *normalidad* con que se le da a una *app* un estatus de verdad. No es la intención de este texto argumentar sobre el carácter de construcción de los diagnósticos psiquiátricos (bueno un poco sí, pero ya lo hemos hablado en otros lugares). Sí lo es discutir la idea de psiquiatría que sobrevuela los comentarios transcritos.

Una aclaración más: se toman estos comentarios como diaparadores, representativos del pensamiento de una parte de los colegas, no es ésta una respuesta directa a sus autores (por eso es que se omiten los nombres).

2. En los *Research Domain Criteria* (RDoC) promovidos por el Instituto de Salud Mental de EE.UU. , el canto del cisne de Thomas Insel antes de irse a trabajar para Alphabet, la empresa dueña de google (y un poco de todos), nos llamaba la atención a algunos psiquiatras que el único lugar donde podía escucharse algo del padecimiento del paciente era en la séptima columna destinada a los “*self reports*”. El lugar del psiquiatra volvía a ser el dejar de escuchar al paciente para estudiarlo de lejos a través de la tecnología o formularios sesgados diseñados por fuera de la singularidad. La pregunta que nos hacíamos entonces era: ¿cuál será el rol del psiquiatra si la clínica se reduce a *genes, molecules, cells, neural circuits, physiology, behaviors y self-reports*, tal las unidades de análisis de los RDoCs?

3. Diez años después, algunos psiquiatras consideran como herramienta confiable a una *app* que permite traducir en *emojis* el estado de ánimo y a los datos obtenidos cuyo sesgo, valga la redundancia, sesgan (¿qué entiende cada uno de estados de ánimo? ¿Qué significa cada emoji? ¿Qué link se puede hacer entre una cosa y la otra?). Como si volviéramos a pensar que signo y significado son unívocos. Una psiquiatría pre Saussure, precámbrica.

4. Hay vagancia también. Que trabaje el paciente, que trabaje la *app*. Que traigan el reporte (¡ah, la sensación de verdad que transmite un gráfico!) así uno no tiene que andar preguntando. Sacarse de encima el engorro de la duda.

5. Lo otro que llama la atención de estos mensajes es la absoluta pasividad con que la ideología de control se metió

en nuestra profesión (y en nuestras vidas, pero bueno, eso va en cada uno). Se transmite la “tranquilidad” de poder vigilar la vida de nuestros pacientes. Pacientes que, por otra parte, aceptan ser vigilados. Y cada cosa que se corra de la rutina o de lo que el psiquiatra considere “normalidad” (dicho sea de paso, un territorio cada día mas pequeño: hemos pasado de una normalidad oceánica en el siglo XIX a una del tamaño de la cañada cordobesa) es puesta bajo sospecha (“cuántas horas duerme, cuántas horas pasa en el trabajo”).

6. Otra cuestión es la vigencia de los legitimadores. Parece que Eduard Vieta usa la *app* como protocolo. Ajá. ¿Y? La búsqueda en *google* de “Eduard Vieta + daylio” da cero resultados. Sin embargo, si uno busca “Eduard Vieta + *app*” se encuentra con que el psiquiatra catalán registró una *app* que es un clon de Daylio, con el hermoso detalle de haberlo hecho un año después del lanzamiento de la original. La *app* de Vieta se llama SIMPL*e* y sólo está disponible para pacientes bipolares (sic) que manden un mail y la pidan.

7. La búsqueda en *pubmed* de “daylio” da un solo resultado: un infomercial sobre la *app* cuando salió al mercado (doi: 10.21037/mhealth.2016.08.04) . Nada dice sobre el valor de tal *app* para el uso dentro de un tratamiento. Esta flojera de papeles, en algunos barrios, se llama pseudociencia.

8. “*Daylio te permite mantener un diario privado sin tener que escribir una sola palabra. ¡Prueba esta aplicación ‘micro-diario. hermosamente diseñada GRATIS!’*”. Así es la presentación de la *app* en español en Google Play para Android. ¿Leyeron UBIK, estimades lectores?

9. La *app* de Vieta no es un clon, seamos justos. Es una versión malvada de Daylio. Dicen en su site:

“La aplicación ofrece la posibilidad de realizar un seguimiento del estado de ánimo en pacientes con trastorno bipolar recibien-

do mensajes psicoeducativos adaptados a cada estado diariamente. Además, de forma simultánea, permite programar horarios de toma de medicación, síntomas prodrómicos de recaída, registrar eventos estresantes entre otras muchas funciones. Al ir utilizando estas funciones y leer los mensajes psicoeducativos, la aplicación va recompensando la motivación con medallas y trofeos.” ¿Leyeron 1984, estimades lectores?

10. Hemos hablado en otros números de ATLAS sobre el Fenotipo Digital, que en rigor de verdad es una versión más compleja que la *app* que disparó estas líneas. En el site de Mindstrong, la compañía de Insel, se ofrece el siguiente objetivo: *“Nuestra misión es proveer una salud mental preventiva, más inteligente, que mejore la eficacia clínica y reduzca las visitas al hospital”*. El uso de la palabra “misión” es interesante: ¿misión militar? ¿misión religiosa? No es que objetivo pueda esquivar tan fácil ese encuadre, pero hablar de misión implica un compromiso casi sacrificial en el acto. Ahora bien, en última instancia se habla de prevención primaria y secundaria. Se argumenta en la misma empresa que mucha más gente tiene acceso a una *app* que a un médico, que de esto se desprende que mucha gente que queda por fuera de un tratamiento, ahora tiene la oportunidad de entrar. Y ahí está expresado parte de este problema. Las buenas intenciones (acordemos brevemente que puede haber buenas intenciones en armar un negocio de salud) de esta versión capitalista tardía del *“salud para todos en el año 2000”* desplaza el rol del equipo de salud a una *app*. Es la *app* el primer agente de salud de la cadena. Pero, ¿Quién programa la *app*? ¿Quién lee esos datos? ¿Quién se responsabiliza de los falsos positivos y los falsos negativos? ¿Puede la Big Data reemplazar la experiencia y la pata humana de la formación de un psiquiatra? ¿Pueden formalizarse los síntomas a un nivel estadístico confiable, ser un número?

11. Daylio fue programada por Habitics, una empresa con domicilio en Bratislava, Slovakia. No tienen un site pro-

pio, solo de la *app*. En ningún lado se menciona a Daylio como un desarrollo enmarcado dentro de una herramienta de salud. Pareciera que sólo buscaban un diario personal de emojis.

12. Si el trabajo de diagnóstico y seguimiento queda en manos de una *app* y el tratamiento en mano de los fármacos, ¿qué rol tiene un psiquiatra en este contexto? ¿A qué distancia queda del “arte de curar”? ¿A cuánto de ser un administrador de técnicas y algoritmos?

13. La psiquiatría en cuanto rama de la medicina aun necesita sostenerse desde la pata científica y la pata humanística. Al menos hasta que quede claro la etiopatogenia de las enfermedades que maneja, y aún en ese encuadre, conviene seguir pensando la praxis desde y hacia la singularidad de cada paciente. Una idea de singularidad entendida por la dimensión humana, no por un perfil digitalizado, es necesaria si se trabaja con la salud ¿De dónde sale esta pulsión tanática de matar lo humano que enfervoriza a parte de los psiquiatras actuales? Una hipótesis: creer que si se matematiza un padecimiento, se lo transforma en evidencia y entonces se hace “ciencia”. Más arriba se expuso que no hay ningún trabajo serio científicamente hablando sobre el uso de estas *apps*. Sin embargo se usan y se expone de manera orgullosa su uso en una ilusión de cientificismo que recuerda al de los viejos positivistas lombrosianos creyendo que el tamaño de la cabeza marcaba una verdad de destino.

14. ¿Por qué Nueva Antipsiquiatría? Porque niega el corpus teórico de la especialidad, porque niega la historia de formalización de los padecimientos psiquiátricos, y niega por sobre todo la dimensión subjetiva: desplaza la clínica hacia una administración de recursos técnicos. La nueva antipsiquiatría transforma una rama del saber médico en una tecnicatura.

¿Cerrarán o no los hospitales psiquiátricos en 2020?

Mentalísima

¿Cuántos dolores de cabeza nos ha costado este debate a lo largo (y a lo ancho) del 2019? Ya basta. La risa es salud. Juguemos ahora a:

¿PERO QUÉ VA A PASAR CON LOS PSIQUIÁTRICOS?!

*Un juego para toda la sociedad argentina**

** No incluye pilas.*

Según el último número de su DNI, elija el desenlace utópico o distópico que tendrá esta cuestión.

0: Los psiquiátricos cierran. Hordas de *locos* sedientos de sangre invaden las calles y asesinan a personas de bien de modos horribles. En la tele aparece una placa: ÚLTIMO MOMENTO: Un taxista que golpeaba a un chofer de Uber acusado de violar a un menor que asaltó un kiosco ES APUÑALADO POR UN ESQUIZOFRÉNICO. Imágenes no aptas para niños y adolescentes.

1: Los psiquiátricos cierran. Cantidades de *pobres locos* terminan cobijando sus cuerpos harapientos en entradas de edificios durante las noches y comiendo basura hasta morir de frío durante el invierno. Jóvenes culposos de los Barrios Cómodos organizan campañas en Instagram para sacarse selfies abrazando a un pobre. #LocosAreTheNewHomeless #UnTechoParaMiLoco

2: Los psiquiátricos cierran. Los *locos (lindos)* viven en las

calles. Organizan espectáculos circenses en las plazas y hacen malabares en los semáforos para ganarse la vida. Las avenidas, rebosantes de su pintoresca singularidad, se tornan en fiesta. La cultura toda se enriquece por su presencia.

3: Los psiquiátricos cierran. Comunidades enteras de *usuaries* se integran armónicamente a la sociedad, que reflexiona y comienza a clamar por sus derechos a través de marchas y movilizaciones multitudinarias, organizando quemas de libros de psicofarmacología y escraches a Psiquiatras Mediáticos, todos unidos bajo la consigna “De genie y de usuarie, todes tenemos une poque”.

4: Los psiquiátricos cierran. Las *masas de locos errantes* se diseminan entre la gente normal. A cada contribuyente le toca una cantidad de locos acorde a sus ingresos mensuales. El segmento ABC1 puede elegir su loco y descontar de ganancias los gastos que de su manutención se derivaren.

5: Los psiquiátricos cierran. Las *huestes de locos* asedian a las personas. Se lanza una campaña nacional de vacunación con antipsicóticos, por las dudas. En cada comisaría, la gente de bien puede retirar sus picanas (no más de 3 por persona) tasers y balas de fogeo para defenderse de los potenciales homicidas. Las cruces se retiran por la parroquia más cercana.

6: Los psiquiátricos no cierran. Se convierten en *centros comunitarios* donde se celebra la singularidad de los psiquismos atípicos y se lanzan múltiples líneas de investigación destinadas a buscar nuevos modos de enloquecer. #SeamosMásLocos

7: Los psiquiátricos no cierran. Los *psiquiatras se convierten en personajes admirados por la comunidad* toda a raíz del reconocimiento de su nobilísima labor como VERDADE-ROS MÉDICOS y su rol primordial en la sociedad. Todas las

avenidas toman nombres de psiquiatras. Despiertan la envidia de los otros médicos (en especial de los anestésistas) y sus honorarios son astronómicos. Todos los excesos del pasado se les perdonan y la reforma del artículo 12 de la ley 26.657 los autoriza a “utilizar de vez en cuando la medicación como castigo, porque convengamos que cada tanto viene algún paciente que se lo re merece” (sic). Archívese.

8: Los psiquiátricos no cierran. Se transforman en lo mismo, pero con otro nombre que quede más lindo. Ejemplo: “Centro Comunitario de Asistencia en Salud Mental a Personas que Podrían o no Estar Atravesando Situaciones de Malestar Subjetivo Psico-Socio-Histórico-Cultural Que Sin Duda Redundarán en una Experiencia Enriquecedora de Autodescubrimiento y Superación (CCASMPPEASMSPSHCQSDREEAS, ex Borda)”.

9: Los psiquiátricos no cierran. El gobierno decreta, en cambio, prohibir la locura y sancionar a quien hiciere uso de ella con prisión y reclusión perpetua... (plot twist: en un psiquiátrico).

De Pinel a las apps kraepelinianas

Diego Costa

“Diálogo con el insensato”

Se suele decir que la psiquiatría contemporánea nace a partir de una exclusión. Que la definición de nuestra “razón” moderna tuvo como contrapartida el encierro de los “alienados” en los manicomios. Que a partir de Pinel la “sinrazón” habría quedado relegada para siempre al terreno de lo patológico.

Hay mucho de cierto en todo esto, pero los hechos fueron mucho más complejos. La reducción del nacimiento de la psiquiatría al célebre mito foucaultiano deja afuera otros planos no menos importantes.

Si bien no podemos negar el aspecto de control social inherente a gran parte de las prácticas psiquiátricas —desde la época de las sujeciones con cadenas hasta la época de las apps— no se debe olvidar que la psiquiatría nació firmemente anclada en la tradición de la terapéutica hipocrática, enfatizando muchos más los conocimientos filosóficos que los recursos técnicos.

Philippe Pinel, hay que decirlo, fue un personaje mucho más complejo que la caricatura que quedó en el imaginario de

la antipsiquiatría. Lejos de ser el primer capanga del manicomio (como se suele decir por ahí), Pinel fue un hombre muy humilde que supo mantenerse al lado de su sencillo conserje, de quien aprendió su más importante lección: *la “sinrazón” no arrasa nunca del todo con la humanidad ni con la capacidad de diálogo del alienado.*

Según esta perspectiva, **Philippe Pinel** no sólo no fue un carcelero, sino que fue el primer gran psiquiatra humanista. Estaba convencido, luego de años de practicar autopsias, que la locura no era un problema cerebral, sino que tenía más que ver con lo “visceral”. Lo central de la locura no pasaba tanto por un *pensamiento defectuoso*, sino por una exacerbación de las pasiones. No dejaba de repetir que la lectura de los estoicos era un remedio mucho más eficaz que las duchas frías.

Hombre de gran coherencia, una de sus referencias centrales eran los *Tratados Hipocráticos*. El estilo en que están escritos sus textos más interesantes es notablemente similar al relato de casos que fue tradición en la escuela de Hipócrates, historias de vidas de “enfermos” donde se detalla el *contexto y las circunstancias*, centrándose en los casos singulares, sin pretender ir en busca de ninguna generalidad, y dejando de lado todo dogma o teoría explicativa.

En la misma línea, al rechazar las nociones tradicionales sobre “fluidos”, “vapores”, “humores”, etc., rechazará consecuentemente las terapéuticas cruentas del tipo de las sangrías o purgas, en un marco en el que entendía a la enfermedad como una *respuesta natural*, de un organismo en busca de un nuevo equilibrio compatible con la vida.

Su “Tratado...” es testimonio de ello. Quien quiera convencerse del valor humanístico y filosófico del gran alienista francés no tiene más que ir a leer su obra. Y para el que quiera profundizar sobre este aspecto son indispensables los escritos de Gladys Swain, Dora Weiner, José María Álvarez y Jackie Pigeaud.

Pero la rica tradición humanística de Pinel tenía sus días contados. La debacle no empezó en la década del cerebro ni

con las aplicaciones de los celulares. La entrada del modelo biomédico en la psiquiatría viene debilitando nuestra profesión desde hace más de un siglo y medio.

“Ignorar la lengua del enfermo...”

Fue J-P. Falret, pero podría haber sido cualquier otro. Con Falret se termina de importar el modelo médico-científico a la psiquiatría, que se propone a partir de entonces “reducir todas las enfermedades a especies ciertas y determinadas”, siguiendo el modelo de la botánica. Bajo este proyecto, que empieza a priorizar las variables que pueden ser medibles, —y que deja por fuera el relato del alienado— se define la primer gran entidad psicopatológica: la *Locura Circular*.

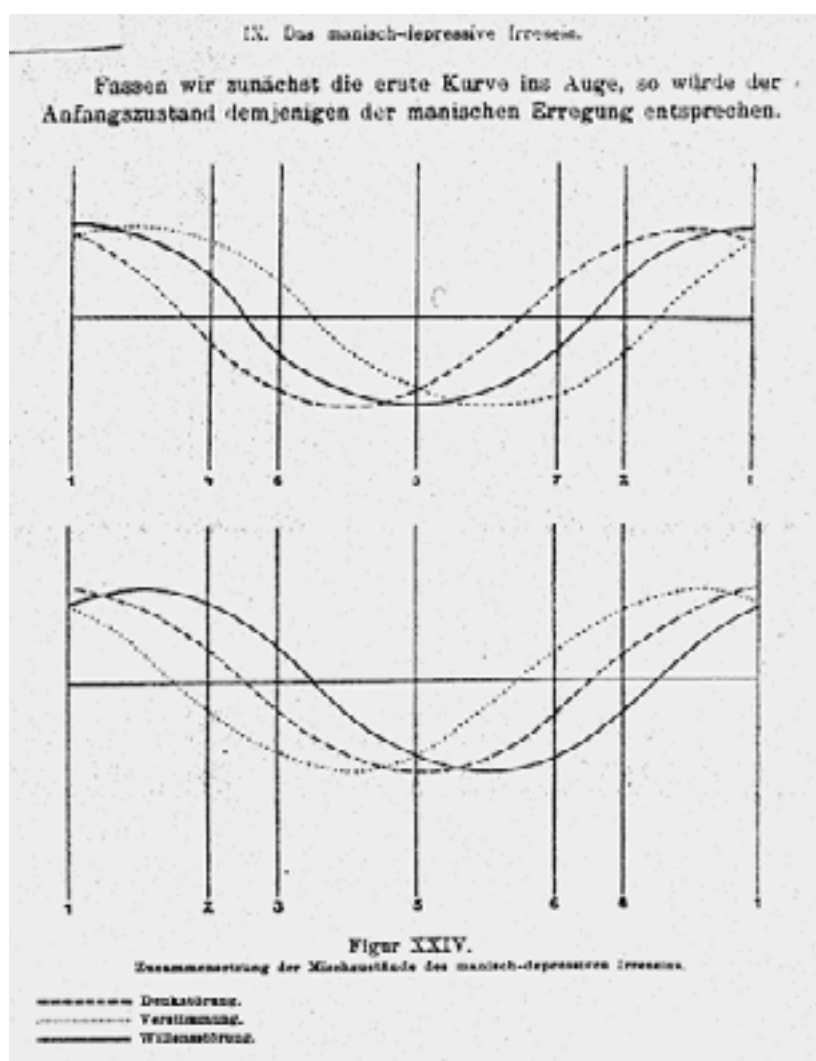
A partir de su propuesta a considerar sólo el misterioso “fondo morbozo” “que preexiste a las ideas delirantes y las origina”, Falret lanzará su famosa exhortación a que los psiquiatras abandonen su lugar de “secretarios del alienado”.

Germen de la *Enfermedad Maníaco-Depresiva* kraepeliniana, y de nuestros extendidos *Trastornos Bipolares*, la *Locura Circular* permitió —con su concepción clínico-evolutiva— introducir la lógica fisiopatológica en el campo de las enfermedades mentales.

Este proyecto llegará a su punto cúlmine con la nosografía kraepeliniana, que termina por definir sus grandes entidades a partir del modo de la evolución de los síntomas: terminación en la demencia en la *Daementia Praecox*, y períodos de lucidez sin deterioro de las facultades en la *Enfermedad Maníaco-Depresiva*. La *Paranoia*, sabemos, quedará así en un apartado rincón marginal, por la dificultad de amoldarse a los criterios orgánicos de enfermedad.

Siguiendo el modelo de la fisiología, que considera que todos los fenómenos patológicos no son otra cosa que variaciones cuantitativas (exceso o déficit), de los procesos fisiológicos/normales, Kraepelin incluirá en las últimas ediciones

de su manual prolijos gráficos que hacen muy convincente la idea de que el estado de ánimo de los maníaco-depresivos va “para arriba” y “para abajo”. Así también propondrá registrar un “diario” sobre los estados de ánimo cambiantes de sus “enfermos maníaco-depresivos”.



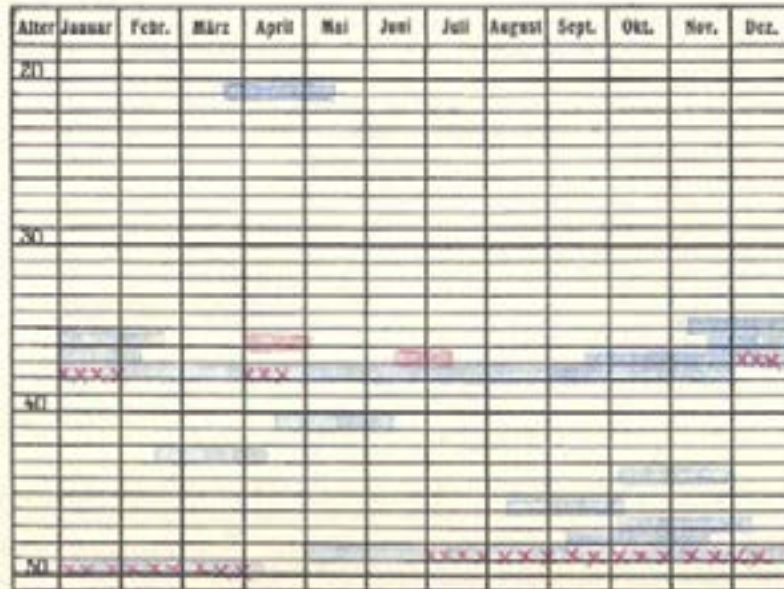


Fig. 233. Periodische Depression nach einzelnen manischen Anfällen (4).

Independientemente de la veracidad o no de estas consideraciones fisiopatológicas, y mucho antes del descubrimiento de los efectos del litio y los llamados “estabilizadores del ánimo”, con Kraepelin se definió con claridad el objetivo de la terapéutica en este campo de la psicopatología: regular el humor y mantener la “eutimia”. Partiendo de la arbitraria definición de lo que debe ser un estado de ánimo “normal” (no nos meteremos ahora en ese problema, simplemente lo señalamos), y soslayando el hecho de que el género humano suele tener una muy molesta tendencia al drama, la psiquiatría de Kraepelin en adelante se inventa un nuevo objetivo terapéutico, totalmente novedoso: **bajar a los que están para arriba,**

subir a los que están para abajo, y lograr sostener la meseta de “normalidad”.

Sin necesidad de negar los efectos de los psicofármacos, y asumiendo que muchos de los que escribimos en esta revista hacemos uso de los mal llamados estabilizadores del ánimo, antidepresivos y antipsicóticos, lo cierto es que ni el mismo Kraepelin se tomaba del todo en serio sus gráficos que, al prescindir del relato subjetivo del sujeto en cuestión, y al permitir medir variables de aspecto científico, prefiguran los usos posibles de las modernísimas apps que “monitorean el estado de ánimo”.

No hay duda de que estas divertidas apps fascinarían al Dr. Kraepelin, quien supo decir, a propósito de su estadía en un hospicio en Estonia —donde no entendía una coma del idioma local— ”la ignorancia de la lengua del enfermo es, en medicina mental, una excelente condición de observación”... Y así, gracias a estos novísimos artilugios, ya no hay necesidad de que el paciente hable sobre lo que le pasa, simplemente debe poner una carita triste o una carita contenta. **Las viejas máscaras de la tragedia y de la comedia, reemplazadas por efectivos emojis, dejan de ser máscaras, y ahora expresan una verdad de peso científico sobre el estado de ánimo de nuestros pacientes.**

En conclusión, y en línea con lo que ya planteamos en otros artículos a partir de las nuevas tecnologías, el fenotipo digital, las apps, etc: creemos que la pasión kraepelineana por los gráficos de abscisas y ordenadas —que tanto abundan en las últimas revistas de psiquiatría y en los folletos que nos obsequian desinteresadamente los visitantes médicos— puede encandilarnos si no anteponemos los principios del primer alienismo de Pinel, aquel que privilegiaba antes que ninguna otra técnica el “diálogo con el insensato”.

¿Acaso no enloquecemos todxs cuando nos enamoramxs?

Andres Rousseaux

En esta oportunidad hablaremos de “À la folie... pas du tout” (2002). También es conocida como “Solo te tengo a ti” o “Loca de amor”

Resulta que Angélique (interpretada por **Audrey Tautou**, la chica de **Amelie**) es una joven estudiante de arte residente en Burdeos. Su vida exalta de alegría dado que está perdidamente enamorada del Doctor Loïc Le Garrec, un cardiólogo exitoso que aunque casado, sostiene una relación con nuestra protagonista. Como ella esta perdidamente enamorada, intenta hacer lo imposible para lograr estar con su amado. Ella lo espera para celebrar su cumpleaños pero él nunca aparece. Parece que él prefirió a su mujer que estaba embarazada, antes que a ella. Su mujer pierde el bebé en un accidente y ellos se separan, entonces Angélique se prepara para ir con él a unas vacaciones románticas a Florencia (Italia). Sin embargo, en vez de encontrarse con ella en el aeropuerto él decide ir e intentar arreglar las cosas con mujer. A raíz de esto Angélique se entristece, pierde su empleo, su beca, se aleja de sus amigxs. Una noche Angélique estaba viendo las noticias y se enteró que el Doctor Le Garrec había sido arrestado por agredir a una de sus pacientes. Como pese a todo ella lo sigue amando, sale y mata a quien oso manchar el buen nombre del Doctor, haciendo pasar el asesinato como si fuera un robo, pensando que este acto de compasión hacia el Doctor le haría volver a tenerlo.

Cuando ella va a verlo, lo están arrestando por ser el principal sospechoso del asesinato. Pero lo peor es que lo ve abrazando a su mujer; ya sin nada que perder Angélique vuelve a casa enciende el gas y se tumba en el suelo. Sus ojos se cierran.

Hasta ahora un dramón, el Dr. Le Garrec merece lo peor de lo peor por hacerle eso a la pobre Angelique. Pero pero resulta que....luego de una pausa en la película y volver al comienzo, vemos las cosas desde el punto de vista del Doctor. Este no solo no está enamorado de Angélique, si no que ni siquiera sabe quién es esa chica. De hecho cada instante en el cual los dos habían sido vistos juntos realmente fue una casualidad. En vez del hombre estar engañando a su mujer e ignorando y maltratando a su amante, se revela que ha sido un marido leal y cariñoso que estaba siendo acechado por una erotómana.

Gaëtan Gatian de Clérambault, nació el 2 de julio de 1872 en Bourges; se suicidio el 17 de noviembre de 1934, al darse cuenta que la ceguera lo privaba de su mejor herramienta clínica: la observación. Consagrado pintor, fotógrafo, escribió sobre las costumbres de diferentes pueblos, en particular de lo observado en Marruecos durante el primer conflicto bélico mundial.

En 1920 presenta y describe la erotomanía, donde se encuentra la certeza de ser amado. El orgullo, el deseo y la esperanza aumenta a niveles inimaginados y movilizan, en principio, tres postulados básicos: “me ama”, “no puede ser feliz sin mí”, “es libre”. Si la persona amada está casada este compromiso es una mera fachada. Se da así una intensa observación y vigilancia a la persona amada; las palabras y acciones de ésta sólo sirven para confirmar su idea delirante de ser amadx y de ser rechazadx, es todo un fachada, porque en el fondo lx ama.

Aunque la clínica francesa tiene una larga trayectoria en

el estudio de los delirios, **Clérambault** es un hito al dilucidar el mecanismo íntimo de estos cuadros. Si bien ya había sido descrito por otros colegas que el sistema delirante se elabora sobre la base de intuiciones, de falsas demostraciones, de ilusiones, y de interpretaciones sin alucinaciones, **Clérambault** trata de explicar el fenómeno básico que se produce en toda psicosis alucinatoria crónica, y que se puede descomponer de la siguiente manera: el automatismo mental.

Comienza con un núcleo subconsciente, neutro y atemático, que genera el “pequeño automatismo mental”. A raíz de esto se intenta buscar una respuesta que genera de manera secundaria el automatismo mental, creando una superestructura, que conocemos como el delirio. Lo abstracto se emancipa de lo concreto, edificando el delirio que depende y crece en función de la personalidad previa. Esto se aplica a todos los cuadros delirantes.

En el caso de la erotomanía, generalmente se termina en la fase del rencor que puede terminar con violencia y agresiones hacia el objeto amado, llegando hasta el asesinato.

Volviendo a nuestra historia y viendo el cuadro completo, Angélique había atropellado a propósito a la señora del Doctor, produciéndole la pérdida de su embarazo. Poco antes de que fallara el viaje a Italia, el buen doctor muy estresado y paranoico recibe un regalo sin dirección alguna a la cual devolverlo. Lo abre y se encuentra un corazón humano atravesado por una flecha. En su locura, piensa que este macabro regalo pertenece a una hipocondríaca y problemática paciente. Pierde los nervios y la ataca físicamente, para después ser denunciado por este hecho. A continuación del asesinato que comete Angélique, él es arrestado como el primer sospechoso. Esto hace que su mujer vuelva a él y actúa como abogado defensor. Al final queda aclarado el caso y se retiran los cargos. Aquella noche sin embargo el médico escucha los sonidos de la

policía y ve una ambulancia llegando a la casa de al lado, donde su vecina acaba de intentar suicidarse, o eso cree él. Ante esta situación la asiste, haciendo respiración boca a boca y la resucita. Pero la persona que salva no es otra que Angelique, quien se encontraba cuidando esa casa, no sin antes destruirla en su despecho. Más tarde en el hospital el amigo de Angélique, David, que sufre de amor por ella, enfrenta al Doctor y le golpea en la cara, porque cree que él está jugando con los sentimientos de ella.

Ahí le cae la ficha al buen Doctor de que esta joven puede ser quien lo acecha; recuerda haber sido saludado por ella después de que ella se había enterado del embarazo de su mujer y que él le había dado a ella una rosa de una rama que en principio iba hacia su mujer, lo que da pie al inicio del delirio de Angelique. En ese momento cuidadosamente recuerda todos los regalos que había recibido incluida la llave de una casa; aquella noche el prueba la llave en la casa de su vecino, comprobando que funcionaba. Allí encuentra una figura hecha de varios materiales, que representa su cuerpo, acompañada por la rosa muerta.

Revelado este hecho, y con el Doctor preparando la mudanza de su consultorio, Angélique se acerca al él y escucha conmocionada como le dice fríamente que nunca había habido, ni hay, ni habrá ninguna conexión entre ellos. Como él se va, Angélique muy enfadada lo golpea en la cabeza, cayendo por unas escaleras, dejándole casi muerto. Ella fue arrestada cargando con todos sus crímenes e ingresa en un psiquiátrico. La historia sigue un poco más, queda a discreción y curiosidad del lector ver el final.

Ahora bien, ¿acaso el amor no es nuestra psicosis?. No una psicosis cualquiera sino el fundamento de todas las psicosis y a la vez, la garantía de nuestra cordura, porque amamos para no enfermar y enfermamos cuando una prohibición lo

impide, parafraseando al buen Sigmund en “Introducción al Narcisismo”. El amor es la locura que afirma nuestra identidad, porque para ser unx mismx hay que alienarse en el otrx, es decir amar, salirnos de si para obtener identidad. El amor debería ser creativo sin ser destructivos, debería enloquecernos en el otrx, para diferenciarnos y poder crear un vínculo, único y personal, una locura de a dos consensuada.

Es más fácil imaginar el fin del mundo
antes que el fin del capitalismo.

Hoy:

La urna con forma de prozac que contenía
las cenizas de Carrie Fisher



Tan lejos, tan cerca: intervención a distancia

Javier Fabrissin

Una recorrida por las intervenciones fuera del consultorio

Siguiendo el mismo cauce, o uno que va en paralelo, de aquellos dispositivos diseñados para medir algún aspecto de nuestra actividad de la vida diaria, se pueden incluir todos los **recursos desarrollados para proveer o monitorear tratamientos**.

Ofrecer intervenciones mediante el teléfono celular (o mediante videoconferencias y otros recursos semejantes) es una promisorio estrategia para superar las barreras en el acceso a los tratamientos. Los recursos basados en internet pueden **mejorar la accesibilidad a los tratamientos**, en especial en áreas con escasa concentración de recursos especializados o en zona distantes de los centros asistenciales, sumado al hecho de que los propios pacientes pueden recolectar información relacionada con su patología de base (1). De allí que existen numerosas iniciativas destinadas a brindar recursos terapéuticos y capturar datos relacionados con el estado del paciente (2).

Resulta más que interesante apuntar que hay **revisiones** que dan cuenta de que las intervenciones cognitivo-conductuales para el **tratamiento de la depresión mediante el uso**

de internet demostraron una efectividad aceptable (tamaño del efecto de 0,78 Hedges) al ser comparadas con lista de espera (3). Asimismo, un meta-análisis acerca de la **efectividad de tratamientos basados en internet** para el trastorno depresivo mayor, trastorno por pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada, encontró un tamaño del efecto de 0,88 y un NNT de 2,13 (4) para estas intervenciones. Otra revisión sobre el **abordaje basado en el uso de celular para el tratamiento de la depresión**, evaluó ensayos clínicos randomizados y controlados publicados hasta junio del 2016 que comparan la respuesta terapéutica en pacientes tratados de manera no presencial versus pacientes en tratamiento no activo (sin tratamiento, en lista de espera o placebo). El abordaje consistió en cualquier tipo de programa psicoterapéutico destinado al tratamiento de la depresión provisto de forma online o mediante teléfono celular. Los autores reportan los resultados de 19 estudios (y 29 intervenciones). Sorprendentemente el tamaño del efecto, al comparar las intervenciones con los resultados provenientes de lista de espera, fue de 0,9: **¡un efecto comparable al reportado en estudios de psicoterapia en general!**, lo cual daría cuenta de que la psicoterapia presencial alcanza los mismos resultados que la psicoterapia virtual (5).

Si esto es así, habría que reconsiderar cómo distribuir los abordajes clínicos en el ámbito de la salud pública, si tendría sentido ubicar recursos terapéuticos de una manera alternativa, por ejemplo, armar una especie de **call-center psicoterapéutico**.

Todo esto me recuerda al **Ojo de Halcón**, ese producto de una conocida empresa de seguridad, una especie de cajero automático desde la que una cara, presuntamente atenta, vigila y controla todo lo que ocurre en un edificio y que, mal que pese, es más económico que pagar a un portero las 24hs. ¿Da lo mismo, entonces, estar presente de una forma convencional que estar presente pero desde atrás o dentro de una pantalla?

Probablemente la respuesta no esté en nuestro gusto u opinión sino en el balance costo-beneficio.

1) Bauer M. Internet use by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *Psychiatry Res.* 2016; 242: 388–394.

2) Hidalgo-Mazzeia et al. Is a simple smartphone application capable of improving biological rhythms in bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders* 2017; 223: 10–16.

3) Andersson G., Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 2009; 38(4): 196-205.

4) Andrews G et al. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One.* 2010 Oct 13; 5(10): e13196.

5) Königbauer et al. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2017; 223: 28–40.

Visita guiada a los últimos 20 años de internet

Lucas Vazquez Topssian

El tiempo es veloz

El inicio del 2019 llegó con la propuesta del #10year-challenge, en la cual el usuario debía compartir en las redes sociales dos fotografías: una del 2009 y otra del 2019. Los que participaron del desafío daban cuenta de cómo había cambiado su aspecto, y uno podría preguntarse qué más ha cambiado desde ese entonces. Vivimos día a día sin percatarnos de los pequeños cambios que se acumulan y hacen a nuestra vida y —por supuesto— a nuestra profesión.

La propuesta de hoy es hacer un recorrido por los últimos 20 años de Internet. No hay razón para ese número y definitivamente nada tiene que ver con el comienzo de la revolución digital, que se sitúa 10 años antes, a partir de la caída del muro de Berlín en 1989. Digamos, sencillamente, que desde aquel acontecimiento, los muros no han dejado de caer y podemos situar Internet como un decantado de todo este fenómeno.

Comencemos por el año **1999**. Estamos exactamente a 4 años después de que Microsoft integrara en su Windows 95 a Internet Explorer. Desde esos años se ha venido popularizando la posibilidad de surcar la red y escribir las direcciones web.

Por supuesto, de a una ventana por vez, porque las pestañas no aparecerán hasta dentro de unos años.

¿Vamos de compras? En 1999 cada vez más gente se estaba animando a comprar por Amazon, empresa surgida hacía 4 años, y de a poco se impuso una gran novedad: el comercio electrónico. La aparición de Amazon fue la antesala del comercio virtual en la que vivimos ahora. Entre los artículos de venta, encontramos desde hace un año las primeras cámaras fotográficas digitales, ¡de un megapixel!. Se trataba de cámaras fotográficas de baja resolución, dedicadas al público en general.

En 1999 también disponíamos del correo gratuito Hotmail, lanzado 2 años antes. Esta tecnología ya existía en la incipiente red de los años '60. En los años '70 se había inventado la arroba (@) para separar el usuario del dominio que aloja los mensajes. Además de que las cuentas de Hotmail eran gratuitas, sus usuarios no necesitaban tener un dominio para mandar mensajes. Millones de usuarios se registraron, masificando la comunicación. Además, durante este año Microsoft lanzó el MSN Messenger, que rápidamente comenzó a socavar el mercado de ICQ, cediéndole el liderazgo.

En 1999 Google cumplía apenas un año desde su lanzamiento. Se trata de un sistema creado por dos estudiantes de la U. de Stanford, Larry Page y Sergey Brin, que analiza los enlaces que conectan los sitios de Internet para hallar información de manera más efectiva. A partir de ahora, Google se posicionará, por su sencillez y utilidad, como el buscador más exitoso de Internet.

Finalmente, en 1999 se crea Napster, la primera red P2P de intercambio gratuito de archivos. Aunque Napster duró solamente 2 años, su influencia fue decisiva para cambiar radicalmente la industria de la música y sumirla en una crisis que

duró más de 20 años.

¡Feliz año **2000**! La humanidad sobrevivió al Y2K, aunque lamentamos que en 2 estados de Australia las máquinas validadoras de billetes de colectivo no pudieran funcionar el 1° de enero. Pero no todo fue catástrofe: este año tenemos el primer teléfono móvil en integrar una cámara fotográfica, por parte de la compañía japonesa Sharp y J-Phone. Este teléfono-cámara es capaz de tomar fotografías con una resolución de 0.1 megapíxeles para un display de 256 colores. Otra empresa, Sanyo, exporta esta novedad a Estados Unidos. En este año, se lanza la Playstation 2.

En el año **2001** salió a la luz Wikipedia, una enciclopedia virtual que a diario se alimenta y corrige de los aportes de sus usuarios. Nacen las “wikis”, el modelo de creación comunitaria de contenido. La información trasciende de la elite de las editoriales y enciclopedias, pero a su vez queda sujeta al vandalismo y a los errores de contenido y de referencia.

A partir del año **2003**, empezó el fenómeno de las redes sociales: Fotolog (2003), MySpace (2003), Facebook (2004) y LinkedIn (2006) y el novedoso sistema de comunicación con mensajes cortos, Twitter (2006). Todas estas plataformas permiten crear perfiles con información personal, fotos, videos, enlaces, gustos y hasta aplicaciones. Las relaciones sociales se reacomodarán progresivamente a este nuevo ágora y con ellas se actualizarán también distintas modalidades de acoso: aparece el cyberbullying, el grooming (pedofilia) y el acoso sexual por imágenes entre adultos.

En el **2004**, apareció Firefox, el navegador de Mozilla que ofrecía una gran novedad: navegar por pestañas.

Youtube apareció en el **2005** y un año después es comprado por Google. Alimentado por la velocidad de la banda an-

cha, llega el auge lo de los videos por Internet. Progresivamente, esta plataforma fue ganándole terreno a la omnipotente y unidireccional televisión. Los jóvenes nacidos en esta época preferirán Youtube, que permite la interacción y los comentarios, dejando al televisor en segundo lugar. La fama también sufre un cambio: las celebridades se eligen democráticamente a gusto de la audiencia, como los casos de Justin Bieber y Lana Del Rey.

También en 2005 se creó Google Earth, un mapa con imágenes satelitales de alta resolución. Introduciendo el nombre de un lugar, se puede obtener la dirección exacta, un plano o vista del lugar.

El primer Iphone apareció en enero de **2007**. Se trataba de un teléfono pura pantalla y sin botones, lo cual fue una verdadera revolución para la época. Durante ese año también aparece masivamente la conexión 3G para los móviles, como gran diferencia frente a la anterior tecnología. Con la llegada de Internet a los móviles, empezó la era smartphone.

En el **2008** apareció Chrome, el buscador de Google, que rápidamente se coronaría como rey de los navegadores, hasta el día de hoy.

A mediados de **2009** la empresa IPLAN comenzó a ofrecer FTTH a clientes particulares en Argentina, en respuesta a la demanda de soluciones nuevas para los usuarios, cuyos hábitos de usos ya habían cambiado. Las conexiones de fibra o FTTH nos permitieron hacer un uso más exigente de internet gracias a sus mayores velocidades. Esto posibilitó que los miembros de una familia pudieran estar conectados a internet simultáneamente, ya sea mediante juegos on-line, mirar series, etc.

El año 2009 también fue cuando la georreferenciación se

volvió masiva. Esto implicó que a las dinámicas de las redes sociales se les sumara la interacción basada en el lugar geográfico donde se encuentra el usuario. Un ejemplo es Foursquare de Google.

El concepto de tableta ya existía en la ficción: en la serie Star Trek de los años 60, se podía ver a sus personajes utilizándolas. En **2010**, la empresa Apple presentó el iPad (tableta), la cual alcanzó el éxito comercial. A partir de esta fecha, diversos fabricantes de equipos electrónicos han incursionado en la producción de este tipo de tecnología. Las tablets son computadoras portátiles, tienen pantalla táctil, y se las puede encontrar de diferentes tamaños. Durante este año también se desarrollaron dos sistemas operativos clave y funcionales: Apple y Android, destacados mundialmente hasta la actualidad.

En el año **2011** se estimaba que hay 2.100 millones de usuarios de Internet en todo el mundo. Al año siguiente, la estimación de usuarios aumentó a 2.400 millones. En 2011, América Latina y el Caribe obtuvieron las ventas más altas de la historia de teléfonos BlackBerry, cuya popularidad se debía a su aplicación BlackBerry Messenger (BBM), un sistema de mensajería instantánea.

La cultura del cortejo y las citas cambó con la aparición de Tinder en el **2012**. Se trata de una aplicación geosocial que permite a los usuarios comunicarse con otras personas con base a segmentar sus preferencias para charlar y concretar citas o encuentros. Utiliza el GPS de los celulares y a partir de un simple deslizamiento de un dedo sobre la pantalla, se puede aceptar o rechazar el encuentro con una potencial pareja.

2012 también nos trajo Glass, el lanzamiento de Google de unas gafas que creó la primera realidad aumentada comercializada.

En cuanto a lo que en realidad aumentada se refiere, en **2016** Niantic lanza Pokémon Go, un juego de RA para móviles que alcanza un éxito sin precedentes en el género. Para jugar, hay que desplazarse físicamente por las calles, donde los pókemon están, e interactuar con otros jugadores.

Durante el 2016 los drones, surgidos del ámbito militar, invadieron el mercado. Se trata de vehículos aéreos no tripulados que en la actualidad logran evitar obstáculos y rastrear y fotografiar de forma inteligente personas, animales u objetos. Durante el 2018 en Argentina, la Administración Nacional de Aviación Civil (ANAC) debió lanzar una campaña de difusión para recordar dónde se puede (y dónde no) volar drones.

El boom de las bocinas inteligentes (smart speakers) se dio en el **2017**. Se trata de parlantes inalámbricos y comando de voz con un asistente virtual integrado que ofrece acciones interactivas y activación de manos libres con la ayuda de palabras clave (ej. “Hey Google” para Google Home). Además de la reproducción de audio, permite controlar los dispositivos automatizados del hogar (termostatos, televisores, bombillos de luz inteligentes).

Por supuesto, este listado de datos históricos resulta incompleto y el lector seguramente podrá dar cuenta de otros hitos que le permitan pensar la subjetividad de esta época. El objetivo de esta recopilación no es otra más que situar pequeños cambios con grandes efectos, frecuentemente catalogados en términos de progreso. Sabemos que ni Freud ni Lacan eran progresistas, y ambos nos llevan a preguntarnos **qué se pierde toda vez que creemos ganar**. Lacan lo dijo así: **“No hay progreso; lo que se gana por un lado se pierde por otro, y como no se sabe lo que se perdió se cree que se ha ganado”**.

Franco Bifo Berardi en ATLAS

J.A. / N.A. / M.Z

Cuando pensamos este número de ATLAS, la idea era hacerles unas preguntas a Franco Bifo Berardi. Logramos contactarlo y le hicimos llegar en un solo mail, a suerte y verdad, los temas sobre los que nos interesaba saber su opinión. Presentamos a continuación dos textos de Bifo. El primero es la contestación EXCLUSIVA PARA ATLAS, el segundo es un extracto de su libro “Fenomenología del fin”, transcrito aquí gracias a la amabilidad de la editorial Caja Negra.

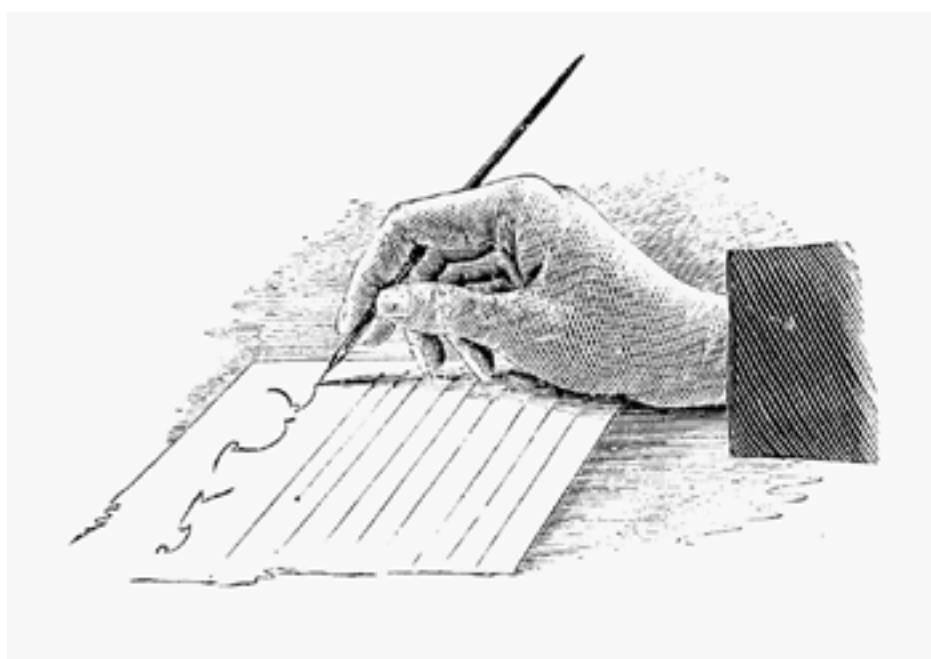
“La idea de lo personal como resistencia frente a la demanda infinita y la oportunidad del futuro como un posible imposible”

Franco Berardi, exclusivo para ATLAS.

caro Javier, grazie per l'invito. purtroppo in questi mesi, per ragioni personali, non sono in grado di scrivere.

Mi dispiace quindi rinunciare a questa opportunità e spero che ci saranno altre occasioni in futuro

franco berardi



La emoción en el cibertiempo.

Llamemos Infoesfera al universo de transmisores y cerebro social al universo de receptores. El universo de receptores (seres humanos hechos de carne y de órganos frágiles y sensuales) no está formateado de acuerdo con los estándares de los transmisores digitales. Aunque el sistema nervioso es sumamente plástico y puede mutar al ritmo de infoesfera, el formato del transmisor no se corresponde con el del receptor. ¿Entonces qué sucede? A medida que el universo electrónico de transmisores interactúa con el mundo orgánico de receptores, produce efectos patológicos: pánico, sobreexcitación, hiperactividad, trastorno por déficit de atención, dislexia, sobrecarga de información y saturación de los circuitos neuronales.

Desde la Modernidad tardía, con la transición del régimen de comunicación alfabético al electrónico, el universo de transmisión ha ido experimentando una constante aceleración, mientras que el universo de receptores trata desesperadamente de seguir su ritmo, acelerando y estandarizando su respuesta cognitiva. Porque, si bien el sistema nervioso es flexible, la mente humana evoluciona a un ritmo totalmente diferente al ritmo en el que evolucionan las máquinas. Esta es la razón por la cual la expansión del ciberespacio implica la aceleración del cibertiempo, que tiene efectos patológicos en la terminal viviente, es decir, en la mente humana con sus límites físicos, emocionales y culturales.

Por ejemplo, el multitasking actual implica pasar rápidamente de una estructura de información a otra. No obstante la mente humana parece completamente apta para esto, en realidad este fenómeno conlleva una mutación psicológica que produce nuevas formas de sufrimiento como el pánico, trastorno por déficit de atención, el burnout, el agotamiento mental y la depresión.

Y estamos atrapados, además, en un frenesí de socializa-

ción forzada. Producir y trabajar implican estar conectados. La conexión es trabajo. La obsesión económica provoca una permanente movilización de la energía productiva. Según Jonathan Crary, “ esta es la forma del progreso contemporáneo; la implacable apropiación y dominio del tiempo y la experiencia”.

Este es el objetivo principal de la semiocorporación. su misión es establecer una relación flexible y dinámica entre la red y el internauta, entre la máquina y el trabajador cognitivo: Google.

La sobreproducción que, según Karl Marx, condujo a crisis cíclicas en la era del capitalismo industrial se vuelve permanente en la esfera del semiocapitalismo, dado que la proliferación de fuentes de estimulación nerviosa implica una infinita sobrecarga del mercado de la atención. Según Crary, la creciente demanda de atención conduce a un asedio permanente y a una expansión incesante del tiempo que se nos exige estar alerta. La atención se ha convertido en el recurso más escaso: puesto que no tenemos tiempo para atención consciente, tenemos que tratar la información y tomar decisiones de una manera cada vez más automática. Por lo tanto, tendemos a ser gobernados por decisiones que no responden a estrategias racionales a largo plazo, sino más bien a simples alternativas binarias. El psiquiatra Eugene Minkowski, autor del libro *El tiempo vivido: estudios fenomenológicos y psicopatológicos*, publicado en 1933, destaca el vínculo que existe entre el sufrimiento mental y la percepción del tiempo, es decir, la manera en la que percibimos como fluimos en el tiempo, o si nuestros estados al experimentar la vida tienden a ser perezosos o frenéticos.

Claramente influenciado por Henri Bergson, para quien el tiempo es duración o la proyección de un vécu existencial, Minkowski no habla de tiempo sino de tiempo vivido. Siguiendo la línea de este autor, las formas predominantes de psicopatologías contemporáneas podrían denominarse cronopatologías .

En el sistema educativo estadounidense el diagnóstico de TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) es cada vez más frecuente. Este trastorno se manifiesta con hiperactividad y la consecuente incapacidad para concentrarse en un tema por periodos prolongados de tiempo. Aparentemente, exposición diaria a flujos electrónicos de psicoestimulación desde edades tempranas produce cambios en el carácter afectivo y emocional, en el lenguaje, la imaginación y la percepción misma del tiempo vivido.

A través del proceso laboral, los humanos se transforman en productores de información conectados. Puesto que el incremento de la productividad está basado en la aceleración de los flujos de información, la contracción temporal y la aceleración en la activación del cerebro que esto implica debilita la experiencia personal.

Mientras que el ciberespacio, la dimensión virtual de la interacción infoproductiva entre agentes de comunicación, puede ser infinitamente expandido, el cibertiempos, es decir, la duración de la percepción, no puede ser expandido más allá de ciertos límites porque está limitado tanto por una temporalidad emocional y cultural como por restricciones orgánicas. La elaboración emocional y cultural de los estímulos se da en el tiempo, y el tiempo necesario para una elaboración psicológica y corporal no puede ser reducido más allá de cierto punto.

A medida que se expande la cantidad de información que demandan nuestra atención, disminuye el tiempo de atención disponible para su elaboración. La composición técnica del mundo ha cambiado, pero las modalidades de apropiación cognitiva y de elaboración no pueden adaptarse a este cambio de manera tan lineal. El entorno técnico está cambiando a un ritmo mucho más acelerado que la cultura y, en particular, que el comportamiento cognitivo.

Esto es: aunque podamos expandir nuestra exposición a los flujos de información e incrementar nuestra eficiencia a través de las drogas, no podemos intensificar la experiencia más allá de ciertos límites. Y, dado que las modalidades inten-

sivas del placer y del conocimiento han sido estresadas hasta el punto del agotamiento, la aceleración está asimismo empobreciendo la experiencia.

Este conflicto o incompatibilidad entre el ciberespacio y el cibertiempos es una alarmante paradoja de nuestra sociedad y, debido a la explotación capitalista, está produciendo efectos patológicos.

También conduce a una sensibilidad reducida. Más allá de un cierto límite, la experiencia de la aceleración produce una contracción del tiempo disponible para la elaboración consciente y, por consiguiente, una pérdida de la sensibilidad (que también trae consecuencias éticas). La sensibilidad existe en el tiempo, y el ciberespacio ha crecido de forma tan densa que el organismo sensible (como singularidad consciente) ya no tiene tiempo para extraer significado y placer de la experiencia.

Como resultado, en el amor actual, para los amantes precarios ya no habría tiempo disponible para las caricias y la conversación, y el sexo rápido exige, entonces, un soporte farmacológico. En la sensibilidad reducida, el sexo es sexo sin atención, y la atención requiere tiempo. El soporte farmacológico, y dentro de este las drogas para la disfunción eréctil, como el Viagra, tienen más que ver con la disminución de la atención de la que hablo que con la impotencia física.

FENOMENOLOGÍA DEL FIN

Sensibilidad y mutación conectiva

FRANCO "BIFO" BERARDI

Editorial: Caja Negra

Año: 2017

Pag: 48-51



Psiquiatrapp®

Habits Estilo de vida

👤 Para todos

Contiene anuncios y falsas promesas

📌 El uso indiscriminado de esta aplicación es incompatible con el ejercicio crítico de la profesión.

INSTALAR

Psiquiatrapp te brinda la posibilidad de pasar menos tiempo hablando con tus pacientes. ¡Prueba esta aplicación GRATIS!*

* Su único costo es colaborar sutilmente con la decadencia de la semiología psiquiátrica y el contacto emocional con los pacientes.

Psiquiatrapp te permite:

- ★ Acortar los tiempos de consulta.
- ★ Esgrimir argumentos que parecen verosímiles para contrarrestar el terror infinito de la incertidumbre diagnóstica.
- ★ Deslizarse inadvertidamente hacia aguas peligrosas en el afán de estar de moda y no quedar como un dinosaurio.
- ★ Hacer uso intempestivamente de herramientas de dudosa procedencia, discutible fiabilidad y eficacia en estudio.

OPINIONES

4,8

★★★★★



Máximo Profit

\$\$\$\$\$

¡La app me permite atender pacientes cada 6 minutos!



María Ingenua Bienintencionada

♥♥♥♥♥

¡Genial! <3 Por fin puedo ejercer mi vocación pedagógica con dibujitos chuchis para mostrarles a les patientes!!!



Encefalólogo

★★★★★

Ahora puedo monitorear de cerca lo que hacen los pacientes, retarlos si no cumplen con sus tareas y satisfacer mis deseos de MEDIR Y CATALOGAR TODAS LAS COSAS A MI ALREDEDOR!!!

La asexualidad en el espejo de la medicina

Víctor Ariel Pagano

“Bueno, en todo caso sus libros se parecen a los nuestros, pero tienen las palabras escritas al revés. Lo sé porque una vez levanté uno de los nuestros frente al espejo y entonces los del otro cuarto me mostraron uno de los suyos.”

A través del espejo y lo que Alicia encontró allí

Hay algo en la asexualidad que siempre me llamó la atención, y es la idea de que sea considerada una identidad *sexual*, cuando justamente eso es lo que el “sentido común” (si tal cosa existe) dictaría que es justo lo único que no es. Sin embargo, de manera un poco curiosa al menos para mí, no sólo no es lo que ocurre con la asexualidad, que además de consolidarse como movimiento de identidad sexual -con su bandera de franjas correspondientes y toda la parafernalia identitaria- va ganando espacio, por ejemplo, en las diferentes ediciones de la Marcha del Orgullo en Buenos Aires. Quizá alguna explicación aquí quepa recordar las palabras de Foucault, que en un pasaje qui-

zá tan conciso como lúcido nos menciona que *“determinada pendiente nos ha conducido, (...) a formular al sexo la pregunta acerca de lo que somos. Y no tanto al sexo-naturaleza (elemento del sistema de lo viviente, objeto para una biología), sino al sexo-historia, o sexo-significación; al sexo-discurso”* para concluir en que *“nos colocamos nosotros mismos bajo el signo del sexo, pero más bien de una Lógica del sexo que de una Física”*¹.

Todo esto no deja de tener sus razones y esas razones no parecen estar lejos de la antipsiquiatría o si se prefiere, de la antimedicina, si aceptan que yo también me refiera en este breve texto a la antipsiquiatría y a la antimedicina en los sentidos amplios en los que lo usa Foucault, como una suerte de disputa del poder y del conocimiento sobre los propios cuerpos y mentes por parte de los pacientes (¿usuarios? ¿clientes?) de la medicina. Podemos tomar como punto de partida de esta idea el discurso leído por los representantes de la Comunidad Asexual Argentina en la última marcha, cuyos primeros dos párrafos reproduzco a continuación:²

Asexuales, gris asexuales, demisexuales y otras identidades del espectro asexual hoy marchamos para reivindicar nuestra existencia disidente de la alosexualidad obligatoria.

Rechazamos los accionares excluyentes y violentos por parte del sistema de salud, que niega y patologiza nuestra existencia al no garantizarnos una atención médica adecuada y al imponernos tratamientos hormonales y psicológicos.

Antes de desarrollar mi idea, me encuentro dudando acerca de la pertinencia de incluir una definición de asexualidad y sumarle algunas características para delimitar un poco el campo. Suponiendo que pueda ser útil para alguien y dado

1 FOUCAULT, Michel, Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, pp.55-56

2 El discurso completo y el video de su lectura pueden encontrarlos aquí: <https://ytsaarg.wordpress.com/2018/11/23/discurso-en-la-marcha-del-orgullo-en-buenos-aires/>

que siempre estará la opción de saltarse lo que sigue hasta el próximo apartado, aquí vamos:

Una introducción (quizá innecesaria) a la asexualidad

En este caso, como en el de todo grupo identitario, hay un nombre que los identifica; “asexual”, de acuerdo a la definición más extendida entre los grupos de militancia, son aquellas personas que no sienten atracción sexual hacia otras personas. De acuerdo con esta definición, el otro gran grupo, el “exterior constitutivo”, no son los “sexuales”, sino los “alosexuales”. Esto quizá podría generar cierta confusión, ya que lo contrario de la “alosexualidad” parecería ser algo así como la “autosexualidad”³ (¿quizá la homeosexualidad?). Imagino que esta posible confusión tiene que ver con el desarrollo de las diferentes sub-identidades hacia dentro del mismo grupo: una persona que únicamente se masturba ¿tiene “sexo” habitualmente? Bueno, es claro que en un sentido sí, y es claro que en otro sentido no. Encuentra placer en su sexualidad, y de allí que podamos decir que tiene sexo, pero no sostiene esa actividad que denominamos por antonomasia como “sexo”, el encuentro de dos o más personas en una situación íntima y erótica. Quizá lo que deberíamos revisar aquí es a qué llamamos sexo –tarea que sólo puede derivar en definiciones superfluas o en respuestas del tipo yo sé a lo que me refiero cuando hablo de sexo, pero no lo puedo definir”-, ya que es más probable que en el mundo actual exista muchísimo más sexo-masturbación, que del otro (y creo que no queremos saber por qué, aunque todos lo sospechemos).

Volviendo a nuestro tema luego de esta pequeña digre-

3 Sin embargo, el término “autosexualidad” ya existe, y tiene al día de hoy al menos dos significados diferentes: uno, relacionado con la preferencia de autosatisfacción sexual (lo que de alguna manera la relaciona con la asexualidad) y otro con la excitación sexual marcadamente preferencial hacia uno mismo. Es claro que en este segundo caso también es interpretada como un trastorno narcisista.

sión en torno al carácter sexual de la masturbación, la falta de atracción sexual sería la única diferencia “hacia afuera” del grupo porque, como se sostiene en los diferentes grupos, muchos asexuales son alosexualmente activos. En principio, porque así como muchos asexuales se masturban muchos otros tienen relaciones con sus parejas alosexuales. Y si bien podría quizá sorprender que tengan parejas, siendo que se mencionó que no tenían atracción sexual como condición de la diferenciación con ese exterior constitutivo, no debe dejar de considerarse las identidades al interior del colectivo: entre otras subdivisiones, románticos (homo y hetero) y arrománticos. Los románticos disfrutaban de las relaciones de pareja, pero tanto no de su sexualidad (aunque la “ejercen”, si es que el término resulta adecuado para la sexualidad); los arrománticos, por su parte, no, y prefieren relaciones más cercanas a la amistad.

Pero en muchas clasificaciones hay que considerar los grises, y aquí también. Quizá notaron al leer el discurso que, con un gran sentido del pragmatismo, aquí reciben justamente ese nombre (así como la franja del centro de la bandera): son los “grises”, personas que sienten escasa o acaso eventual atracción sexual, con menor frecuencia o menor intensidad que lo “normal”.

Luego de esta breve (y temo que probablemente innecesaria) introducción, la pregunta que sigue es por qué la asexualidad ubica como su primer y principal reclamo el rechazo al sistema de salud, haciendo especial énfasis en los tratamientos psiquiátricos y psicológicos. Sin embargo, no deja de aparecer un elemento paradójico al recorrer los sitios asexuales. Quizá sea necesaria una aclaración: voy a concentrarme en el material que proponen los mismos grupos de asexuales, y no tanto en discutir científicamente si efectivamente existen las categorías con las que discuten, o en qué casos es necesario un tratamiento -y mucho menos, cuál- principalmente porque no intento tampoco decir ninguna verdad científica sobre la asexualidad, sino analizar esa curiosa necesidad del colectivo de situarse,

de alguna manera, de la que espero poder dar una idea, en el espejo de la medicina. Aclarado esto, prosigo.

Existen dos momentos fundacionales de la asexualidad de acuerdo al consenso que se ve en las páginas de los distintos grupos. El primero tiene que ver con el concepto en sí en la sexología y el segundo con la organización del movimiento.

Para el primero tenemos a Alfred Kinsey⁴-quien probablemente no por un error aparece caracterizado en la AVENwiki como “el padre de la sexología”- y sus investigaciones sobre la sexualidad donde, en su continuum entre 0 y 6 para marcar las conductas entre “completamente heterosexual” y “completamente homosexual” no encuentra lugar para los asexuales. Sin embargo, por fuera de la escala aparece la categoría X, para aquellas personas que no mostraban ningún tipo de atracción sexual o respuesta los estímulos sexuales. El segundo hito, ya en 1977, estaría dado por un capítulo de Mara T. Johnson titulado *Asexual and Autoerotic Women: Two Invisible Groups* del libro *The sexually oppressed*.

El segundo momento fundacional lo protagoniza David Jay, un estadounidense nacido en 1982 que con 19 años, y cursando su primer año de universidad decide “salir del armario” asexual y fundar *The Asexual Visibility & Educational Network*, conocida comúnmente como AVEN, que se convirtió verdaderamente en el alma mater de la comunidad asexual de muchísimos países del mundo y actualmente la principal fuente de información sobre asexualidad, al menos en lo que toca a las reflexiones y debates de la propia comunidad.

Desde allí, en diferentes idiomas se han ido conformando los grupos en diferentes lenguas. Así, también como ejemplos, para España y Latinoamérica (¿tiene sentido la situación

4 Sin embargo, esto es al menos discutible. Por dar dos ejemplos, Krafft Ebing ya habla de la anestesia del impulso sexual en el capítulo III de *Psychopathia sexualis*, relacionándola principalmente con la infancia y la vejez; mientras que Ernst Dupré en su participación en el Congreso de Túnez de 1912, menciona como una perversión del instinto de reproducción a la *frigidity constitutionnelle*, de la que evita cualquier análisis teórico fuera de su mera mención “porque no conlleva, salvo quizá en material civil, ninguna consecuencia social que amerite detenernos aquí”.

geográfica en este contexto?) podemos mencionar el blog AVENes, la comunidad en español de AVEN; y ya más específicamente en Argentina, el blog Yo También Soy Asexual Argentina (YTSAA), o la cuenta de Twitter Asexuales Argentinos, aparentemente ambas coordinadas por la Comunidad Asexual Argentina, que no figura con ese nombre al menos en las redes. Pueden también encontrarse algunos grupos activos en Facebook.

El espejo en el que se mira la asexualidad

Volviendo al punto sobre el que quería llamar su atención, y si aceptan mi invitación a recorrer los diferentes sitios sobre asexualidad, creo que les llamará la atención, como me ha ocurrido a mí, sus fuentes bibliográficas. Ocurre en AVEN, como en AVENITAS o en YTSAA. La bibliografía, contrariamente a lo que se esperaría (¡maldito “sentido común”!), es decir cosas como biografías de los militantes más conocidos o libros que cuenten la historia del movimiento, o incluso reflexiones sobre el estilo de vida de los asexuales, son en cambio todos papers o libros de sexología, psiquiatría o psicología, o sea, todos del campo de la medicina. Por supuesto, aquellos papers o libros en los que la comunidad asexual se siente adecuadamente representada, pero libros provenientes del saber médico al fin. Incluso algunos artículos que podemos encontrar en los blogs no son más que investigaciones de este estilo realizadas para el fin de ser publicadas en esos sitios. No digo que esto represente la mayoría del contenido ni la fuente principal del mismo, pero su aparición es significativa, dado que hasta se ve reflejada en parte de los testimonios de los miembros del colectivo, donde después de leer al “médico correcto” se dieron cuenta de que no estaban enfermos y que tenían derecho a ser felices siendo como son, sin tratamientos ni medicamentos.⁵

⁵ Creo que este relato es que mejor resume lo que quiero decir acerca la posición de los asexuales frente a la ciencia médica. Luego de todo un testimonio personal muy interesante se termina cayendo en la autoridad médica:

Podemos pensar que parte de la razón de esto puede buscarse en que, como hemos mencionado, AVEN se fundó en el 2001, un momento en que los diferentes colectivos que representaban a la diversidad sexual (frente a la hegemonía) ya no tenían una relación tan tensa con la sexología como había ocurrido hasta fines de los 90 con la patologización de las orientaciones sexual y la crisis del SIDA. La sexología ya no era “el enemigo”, mientras que quizá sí lo eran mucho más (todavía lo siguen siendo en muchos países) las leyes o los gobiernos⁶. De ahí que, y esto no es más que una conjetura, se haya tomado a ciertas posturas específicas dentro de la sexología como referentes de esa verdad que el colectivo defendía respecto de sí mismo.

Pero la pregunta es ¿era necesario para el colectivo confirmar esta verdad con una mirada en el espejo del saber médico? Creo que la respuesta debe considerar dos dimensiones. La primera dimensión viene justamente de parte del colectivo.

Hemos mencionado a Foucault al principio y volvemos a hacerlo aquí: en una conferencia que en castellano está editada como “Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina” se mencionará el concepto de *medicalización indefinida*. Este concepto refiere principalmente a la creciente injerencia de la medicina allí donde no había demanda, donde no hay sufrimiento ni síntomas. Los dos ejemplos que menciona el mismo Foucault son justamente la intervención sobre la diversidad sexual y el análisis del ambiente. Pero hay un párrafo en parti-

<https://avenitas.wordpress.com/2019/01/25/cuando-la-invisibilidad-y-la-patologizacion-se-encuentran-2/>

6 La campaña de despatologización de la identidad trans es un claro contraejemplo de lo que acabo de mencionar y lo tengo presente al momento de escribir esto. Me estoy refiriendo al contexto general de los demás grupo del colectivo LGTB+. Hoy se le suma al cuadro general el resurgir de las derechas ultraconservadoras.

cular que también me parece de una claridad meridiana: *“En el siglo XIX la medicina había rebasado los límites de los enfermos y las enfermedades, pero todavía existían cosas que seguían siendo no médicas y que no parecían ‘medicalizables’. La medicina tenía un exterior y se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., no controladas ni codificadas por la medicina”*; sin embargo, en nuestra situación *“lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso”*. Y en la asexualidad esto se ve muy claramente. El mensaje que el colectivo envía al espejo de la medicina no es “no me reflejes”, el mensaje tampoco consiste en la ruptura del espejo, sino en el pedido de “reflejame tal cual soy; mostrará mi normalidad; probá que yo tengo derecho a existir como soy porque hay otros como yo”. En síntesis, una suerte de desempañamiento del viejo espejo patologizante para que, en nombre de ese saber más “completo, refinado y difuso” permita a la asexualidad su acceso a la salud mental.

La segunda dimensión de esto es un pensamiento ya conocido: *“¿Por qué la medicina/sexología/psiquiatría/psicología no puede, en casos como estos, simplemente dejar a la gente en paz?”*. Probablemente parte de la respuesta esté en esa medicalización indefinida que mencionamos y mucho más probablemente una respuesta completa sea imposible de dar aquí. Pero al margen de que el párrafo anterior pueda ser leído, además de como una breve reflexión, como una crítica inconducente hacia el colectivo por parte de alguien que no ha sufrido discriminación por su asexualidad, es necesario también decir que la invisibilidad y el desconocimiento por parte de algunos profesionales de la salud mental en relación con estas “nuevas” identidades convierten en necesarias algunas herramientas de auto-defensa en el consultorio: unas de tipo conceptual, la

búsqueda de información científica que avale la posición del sujeto respecto a su forma de ser; las otras, la asociación con otros, iguales y aliados.

Y es aquí las redes son un elemento clave. Dada la dispersión geográfica, la asociación que no se puede esperar que tenga lugar en encuentros multitudinarios, sí puede tener lugar en las redes, como un verdadero espacio de contención, de resolución de dudas, como un lugar para compartir experiencias y testimonios. Un verdadero espacio para esa “antimedicina” que también dé por resultado la salud, no ya entendida desde el saber médico sino como ese equilibrio, en este caso psíquico, de la persona frente a la constatación de que su manera de ser difiere de la normalidad estadística. Y no porque la medicina sea mala, sino porque a veces simplemente, y a pesar de lo difícil que pueda ser para los que vivimos en esta época, no tenemos razón alguna para mirarnos en ese espejo.-

Dejo algunos vínculos de los sitios que mencioné para quien quiera seguir investigando y profundizando en la temática:

- AVEN
<https://www.asexuality.org/>
- AVEN en español (AVENes)
<http://es.asexuality.org>
- AVENITAS
<https://avenitas.wordpress.com>
- AVENwiki
http://wiki.asexuality.org/Main_Page
- AVENwiki en español
http://es.asexuality.org/wiki/index.php?title=Página_principal
- David Jay (página personal)
<http://davidjay.com>
- Yo también Soy Asexual Argentina
<https://ytsaarg.wordpress.com>

Primum nocere: Decálogo de mala praxis médica

Mentalísima

Hoy en día proliferan las guías de buena práctica clínica. Internet rezuma de información médica. Es imposible salir a caminar sin tropezarse con caca de perro, o con opiniones de expertos. Se hace cada vez más difícil tomar malas decisiones en el consultorio, pero sabemos que para Usted, querido lector, eso sólo plantea un desafío aún más provocador. Aquí las claves para poder causar el mayor daño posible en la práctica cotidiana.

1) Diagnostique sin ningún tipo de rigor. Su intuición innata, sumada a sus años de experiencia, le han regalado el don encomiable de poder diagnosticar a alguien sólo al verlo. Los legos deberán tomarse varias entrevistas, hablar con allegados del paciente, emplear escalas, solicitar análisis, o cualquiera de esas cosas que hacen los ignorantes, pero no Usted. Ah no... Usted sí que es un CAPO con todas las letras (cuatro). Sus colegas quizás lo tilden de prejuicioso o temerario, pero Usted sabe que eso no es otra cosa que envidia de la más pura. Es más, probablemente este año o el que viene patente Usted su método infalible de diagnosticar deterioro cognitivo en función de cómo tocan el timbre del consultorio y trastornos de personalidad basado en la foto de Whatsapp. Vaya preparando el discurso de aceptación del Nobel, pequeño Lombroso.

2) Pida un montón de estudios complementarios. No importa para qué, a los pacientes les divierte ver qué es lo que tienen adentro que está funcionando mal. Aparte no tienen cosas más importantes que hacer con su tiempo. Y las salas de espera son de lo más entretenidas y terapéuticas. Cualquier médico que se precie de tal ha renunciado ya a esos vetustos y remanidos métodos de antaño, como hablar con los pacientes, y en su lugar emplea todo aquello que tienen para ofrecer esos modernos cachivaches tecnológicos ¡y a puro color! Los pacientes saben que un médico que sabe de lo suyo es ese que pide complejísimos tests carísimos que la obra social de pacotilla suya no cubre. Mientras el paciente va y viene pidiendo autorizaciones o préstamos, sabrá que es por su bien, para poder acceder a lo que es tendencia ahora en Europa... ¡por fin con este maravilloso estudio podremos saber qué antidepresivo necesita para dejar de estar triste por ser pobre!

3) Sea el primero en recetar ese medicamento nuevo del que todos los visitantes de un solo laboratorio hablan. Que no haya aún publicaciones serias que lo avalen es señal inequívoca de que es el secreto mejor guardado de la industria. No se preocupe por leer al respecto antes de prescribirlo, la cautela es la coartada de los cobardes. Al fin y al cabo, los grandes descubrimientos científicos en la historia de la Humanidad se hicieron de sopetón y por improvisados.

4) Háblele a todo el mundo de sus pacientes. En especial, no oculte su orgullo de tener un paciente especialmente interesante (por ser relativamente famoso o sexualmente aventurero). Dígaselo a cualquiera que se cruce en su camino, más allá de que finja no estar interesado, no venga al caso, o sea un completo desconocido. Intente torpemente camuflar los datos del paciente y fracase en ello, divulgando toda clase de información confidencial y comprometedor, si es posible a algún allegado del paciente en cuestión. Finja una puritana falsa modestia por atender al hijo del primo del tipo que salió

el año pasado con la modelo esa que se puso lolas y ahora sale con el futbolista.

5) No sea modesto. Usted sabe todo lo que vale y la gente va a pagar fortunas por atenderse con Usted. Cobre honorarios astronómicos. Dele su celular personal al paciente como muestra de absoluta disposición y dígame que lo llame a todas horas y por cualquier cosa; cuando lo haga, atiéndalo (no importa si son las 3am y Usted se acaba de despertar tras haber bebido 5 botellas de ginebra en el 50° aniversario de casada de su tía). Si durante la consulta hay subalternos suyos presentes, maltrátelos delante del paciente; que él vea lo importante que es Usted. Si alguno de ellos es joven, diga a voz en cuello: “Seguro que éste estudió de mi libro”. Si el interpelado lo afirma, ratifique la propia valía diciendo “Lo clásico nunca pasa de moda”. Si lo niega, ratifique la propia valía diciendo que “Así vienen las nuevas generaciones”.

6) Sugiera interconsultas múltiples (no menos de 3) y cuando el paciente regrese a verlo a Usted con los resultados, peléese con el otro especialista que le dijo algo distinto. No llame telefónicamente al colega a solas, con respeto y decoro, hágalo delante del paciente y a viva voz... que vea ese mequetrefe imberbe (o ese dinosaurio desactualizado) quién sabe más. Mejor aún, use al paciente de emisario llevando y trayendo ininteligibles misivas ponzoñosas encabezadas con “Estimado Colega”. Emplee toda clase de argumentos de autobombo, imprima una copia de su CV y hágasela leer al paciente en voz alta. Es fundamental que confíe en Usted y esta es la mejor forma de hacerlo.

7) Indique indiscriminadamente medicamentos que sólo Usted usa, independientemente de si aún se fabrican o si ya fueron retirados del mercado en 1983 por efectos adversos horribles. Su vasta experiencia lo avala y Usted los ha visto funcionar en innumerables oportunidades en los más diversos

escenarios clínicos, independientemente de cualquier concepción etiopatogénica. ¡Ah, con Panacea como testigo, agarre la lapicera y hágala correr libre de todo reparo ético sobre el recetario!

8) Dígale al paciente que donde todos sus predecesores fallaron, Usted triunfará. Anuncie plazos: “En 20 días va a estar hecho un violín”. Prescriba preparados. Con nombres de fantasía. Indique farmacias precisas donde hacerlo. Suéñese los mocos con la ley 17.132 del ejercicio de la medicina.

9) Recete únicamente pase lo que pase sólo la línea de psicofármacos de ese laboratorio cuya visitadora tiene esa generosa retaguardia, o cuyo visitador le ha prometido la más suntuosa habitación en el fastuoso hotel de la mágica ciudad extranjera en que se lleva a cabo el codiciado congreso. No hay que andar pensando en esas mojigaterías de los conflictos de intereses, eso es de timoratos. Recete nomás y todos se benefician (en especial Usted).

10) La incertidumbre es de mediocres. Indique toda clase de terapias alternativas y sin ninguna evidencia, bajo el concepto paraguas de que si al paciente le sirve está bien. Todo suma. Prescriba, avale y connote positivamente lo que venga: el empleo ritual de ayahuasca, el consumo de cualquier aceite vegetal, Tinder, la orinoterapia, la Nescafeomancia, mindfulness, la imposición de Manaos, la prestidigitación clitorídea y la ancestral técnica sanadora de soplamiento hemorroidal. Si el panorama se complica, échele la culpa a todas.

11) De yapa: Hable en enigmas. No supervise. No haga terapia. No sepa más que de psiquiatría. No hable con quienes no piensen como Usted; no debata con colegas, no los escuche. Permanezca inmutable, las cosas no cambian; Usted siempre tuvo, tiene y tendrá la posta. No crezca.

Conversaciones de psiquiatras por whatsapp: Los psiquiatras que son hablados por la industria farmacéutica

Javier Fabrissin

Conversación 1

-Buenos días, pregunta de domingo.... Alguna bibliografía actualizada para leer algo acerca de si hay algo para hacer con el tema de los efectos adversos de área sexual de los isrs? Gracias!! (10:26)

-Buenos días!!!! (11:16) No hay nada para esos efectos. El antidepresivo que no tiene ese efecto es la Vortioxetina (11:18). Un polimodal (11:18).

-Hola M. En la guía del prescriptor están las estrategias a realizar para cada EA incluidos esfera sexual (12:14).

Conversación 2

-Tienen idea del costo de la Jornada en S. y/o si hay laboratorios que den becas? (10:22).

-Doc.. Creo que los visitantes de I. y L. tenían becas (10:26).

Del mismo modo que para que una cámara oculta cause algo de gracia es necesario confiar en su veracidad (que la víctima esté completamente inadvertida de su rol), aquí también, para poder reflexionar sobre estas conversaciones, es fundamental tener presente que son conversaciones reales, extraídas de grupos de whatsapp de psiquiatras.

Vale agregar que también es real la breve extensión de las mismas. Eso no pasaría si el tópico a tratar estuviera en relación con *el psiquiatra como víctima o con la psiquiatría atacada por el afuera*. En tales casos, los mensajes lastimeros se multiplican, las quejas dirigidas hacia ese otro hostil se incrementa conforme bajan el potenciómetro de la autocrítica.

Pero dejemos de dar vueltas y analicemos las conversaciones.

Conversación 1

¿Piensan que la psiquiatra obtuvo una contestación útil? Claramente no (se lo pregunté: las respuestas no le sirvieron). Dejemos igualmente constancia de que sin un contexto clínico es una pregunta inespecífica: no es lo mismo si se trata de una depresión, que de una ansiedad, que de un TOC.

Quizás la sugerencia del libro de Stahl, una sutil forma de decirle “andá a leer” o “andá a leer un libro que no creo que tengas”, pueda considerarse un tibio aporte. (Por lo demás, hoy en día ni siquiera hace falta tener un libro para disponer del Conocimiento. Una rápida búsqueda en google con los términos ssri + sexual side effects, arroja dos revisiones <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007725/> y <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108697/> suficientes. Eso si uno quiere prescindir del vernáculo libro de Jufe.)

¿Pero y la otra respuesta? ¿Es Vortioxetina la respuesta correcta? ¿Habla desde el conocimiento o desde la ignorancia? ¿Está hablando un psiquiatra o un agente de propaganda médica? Porque hay algo que no está bien en esa respuesta y, al menos a mí, me hizo mucho ruido. Veamos:

a) La psiquiatra pide bibliografía actualizada y no le aporta ninguna, sólo una certeza de APM.

b) “*No hay nada para esos efectos*”.

Respuesta tajante y tajantemente equivocada. Opciones hay varias. ¿No las sabe? ¿Las omitió deliberadamente?

c) “*El antidepresivo que no tiene ese efecto es la vortioxetina*”.

Respuesta que gana el Premio “**Psiquiatra que es hablado por la Industria Farmacéutica**”.

¿Piensa en serio que es así? ¿No se le vinieron a la cabeza, sin ir más lejos, el bupropion, la mirtazapina? ¿Leyó la letra chica de la bibliografía que indica que por encima de 10mg. de vortioxetina comienza a aumentar la incidencia de efectos adversos sexuales, no quedando exenta de ese riesgo? Apelo a la complicidad del lector, ¿eso es lo que Usted haría?, ¿cambiaría el antidepresivo por vortioxetina?

d) “*Un polimodal*”.

Ésta se lleva el segundo premio.

Además de ser un agregado innecesario, casi una canchereada, me animo a afirmar que ese añadido es el subtítulo que utilizan los APM para promocionar este fármaco, o bien que se confundió con *modulador*, no lo sé. El concepto de un medicamento polimodal da cuenta de que además del efecto terapéutico primario, derivado del mecanismo de acción principal, el paciente puede beneficiarse de los efectos provenientes de otros mecanismos de acción.

Forzando esta definición, se podría decir que casi cualquier fármaco es *polimodal*. Lo otro, si se hace una búsqueda de fármaco o antidepresivo polimodal, los resultados, curiosamente, sólo llevan a conferencias o publicaciones auspiciadas por el fabricante original de dicho fármaco: ¿podrá ser que el énfasis puesto en la polimodalidad de un antidepresivo no es más que un lema promocional antes que una característica farmacológica significativa?

Conversación 2

Me queda la intriga: ¿habrá conseguido las becas de los laboratorios? Y si no, ¿habrá ido igual a la Jornada en S.? ¿Se trataba de un gasto que no podía costearse?

Segunda parte

“Cazando a los prescriptores (y sus pacientes) – El marketing farmacéutico, las epidemias iatrogenias y el legado Sackler” es un artículo escrito por Podolsky SH, Herzberg D, Greene JA, publicado en abril en *The New England Journal of Medicine* y cuyo copete dice: “En el 2018, (el estado de) Massachusetts se unió a más de dos docenas de otros estados para demandar a Purdue Pharma, los fabricantes de OxyContin por “el daño que infligió en nuestro Estado” y por llevar a la actual crisis del uso de opioides”.

En los EEUU no saben qué hacer para detener el uso, la dependencia y las consecuencias del consumo de opioides. Se estima que alrededor de 47.600 personas murieron en el 2017 por sobredosis de opioides, cuya inducción al uso proviene de la prescripción médica para el tratamiento del dolor en diferentes afecciones.

En este contexto, se demanda a la compañía farmacéutica detrás del OxyContin (oxicodona) haciéndola responsable de la desmesurada prescripción de tal fármaco debido a la campaña de marketing con que espolearon su empleo por parte de los médicos. Remarco: no se responsabiliza a los médicos prescriptores. Esto es, cuanto menos, curioso. Es decir, el médico sería, al igual que los pacientes, una especie de víctima de la industria farmacéutica, meras presas encandiladas por la brillante luz de la industria farmacéutica.

Por lo pronto, parece que ya un par de ejecutivos de Purdue Pharma se declararon culpables de haber “mal etiquetado” (misbranding) el OxyContin. Sin embargo, los dueños de la empresa, los Sacklers alegan que en ninguna parte existe evidencia de que ellos hayan tomado parte directa en algún tipo de engaño a los médicos y al público acerca de los beneficios de los opioides.

Volviendo al artículo del *New England*, los autores trazan la historia de los Sacklers, manifestando que aunque éstos, los Sackler, no hayan inventado la práctica de la venta

de fármacos, sí la perfeccionaron, la modernizaron para que sea lo que es hoy día. Los Sackler eran tres psiquiatras, uno de ellos, Arthur, dirigía un firma de relaciones públicas, la Compañía Williams Douglas McAdams, todo muy Mad Men, incluso por los mismos años, década de 1950. A dicha firma, Pfizer encargó la promoción de un antibiótico, la terramicina. Las estrategias que Sackler propuso suenan común hoy en día, pero en aquella época fueron revolucionarias: ampliación de la red de visitadores médicos (¡pasó de 8 a 2000!), muestras gratis, invitaciones a comidas, folletos informativos. Todo esto hizo que Arthur Sackler pase a integrar, en 1998, el Salón de la Fama de los Agentes de Propaganda Médica (esto es real), destacándose que “ninguna otra persona contribuyó más para moldear el carácter de la propaganda médica que él”.

Podolsky y cols. reproducen un memo datado en 1954 en el que se proclama que los médicos son “presas fáciles”, cuya conducta podría ser fácilmente torcida gracias a las tácticas de marketing. El médico como víctima pasiva del Malo. Y más, Arthur decía en 1957 que la propaganda farmacéutica realizó una de las mayores contribuciones para la rápida diseminación de la nueva información terapéutica. El médico formado (por no decir adoctrinado) por la industria farmacéutica.

En 1952, en el medio de toda esta campaña por Pfizer, los Sacklers compran una compañía farmacéutica, Purdue Frederick, que luego será Purdue Pharma. En 1995, lanzan el opioide de larga duración OxyContin.

No nos vamos a poner a defender a Purdue Pharma, pero la verdad que suena muy fresco minimizar la responsabilidad de los médicos a la hora de tomar una decisión prescriptiva. Todo lo contrario, el médico debería ser más conciente de todas estas cosas y, por lo tanto, más responsable de las decisiones que implemente en cada tratamiento para evitar, precisamente, ser hablado por las empresas farmacéuticas. Tal vez así deje de ser tan obvio que vortioxetina es la única opción para un paciente con efectos secundarios sexuales, o que para

ir a una jornada de formación se dependa del emolumento provisto por un laboratorio, o que la bibliografía que ofrece un agente de propaganda médica es publicidad y no un libro de texto del cual formarse.

El paradigma del riesgo en psiquiatría: ¿vale más prevenir que curar?

Mariela Murakami

Introducción

El llamado “paradigma del riesgo” se constituye en un elemento clave para comprender la cientifización de la cultura occidental en el tardío s.XX. Se trata de una nueva forma de racionalidad que implica una profunda transformación en el modelo de gestión social, una nueva forma de gobernar la realidad. Si bien la noción de riesgo tiene un origen medieval, será recién a mediados del s.XX, en el contexto del desarrollo científico y los medios de comunicación de masas, que este concepto se volverá dominante (García, 2014). Diferentes autores afirman que la noción de riesgo desplaza el modo de entender nuestra relación con el mundo y las técnicas de gestión de los comportamientos hacia el plano abstracto de los cálculos de probabilidad, transformando así profundamente el modelo de lo que **Michel Foucault** llamaba “gubernamentalidad” (García, 2014, Castel 1984, Rose 1996). Modelo que en principio se desarrolla y perfecciona en la década de 1970, bajo la premisa de que documentar el pasado, que se puede conocer, permite calcular la probabilidad del futuro, que permanece incierto.

En lo que respecta al campo de la medicina, este paradigma conlleva importantes implicaciones prácticas en tanto que plantea nuevas estrategias preventivas. Es decir, supone la disolución de la noción de sujeto o de individuo en concreto y su reemplazo por una combinatoria de factores, precisamente de factores de riesgo (Castell, 1986). Según la definición que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene”¹. Este tipo de aproximación se difundirá particularmente en el campo de la epidemiología, cuyo principal objeto de estudio son las poblaciones.

El historiador de la psiquiatría **G. Berrios**, sostiene que tanto el concepto de riesgo como la frase “factores de riesgo” llegaron al léxico de la medicina después de la Segunda Guerra Mundial y muy pronto fueron adoptados en la psiquiatría con la noción de “riesgo suicida”. **El concepto de riesgo vino a reemplazar términos anteriores como “responsabilidad”, “vulnerabilidad” o “tendencia”**. Sin embargo, el término y el concepto relacionado siguieron siendo ambiguos (Berrios, 2011). En tanto que herramienta fundamental a la hora de lidiar con las incertidumbres, el riesgo se volverá un concepto omnipresente en el campo de la medicina, pero no estará exento de problemas metodológicos e ideológicos. En este sentido cabe destacar que más allá del elemento probabilístico, la noción de riesgo tiene un carácter eminentemente comunicativo y discursivo relevante a la hora de pensar la relación entre ciencia y sociedad. En el presente artículo me propongo profundizar en las particularidades e implicaciones que este

1 https://www.who.int/topics/risk_factors/es/ (consultado el 25/05/2019)

paradigma tiene en el área específica de la psiquiatría (que es mi especialidad como médica), con el objetivo de determinar en qué medida y de qué manera se hace uso de la noción de riesgo en esta disciplina. Es con este propósito que se revisarán las teorías propuestas por los llamados pensadores de la gubernamentalidad.

Riesgo y psiquiatría

Al analizar el caso de la psiquiatría, N. Rose y R. Castel coinciden en que la noción de riesgo se vuelve un concepto fundamental en la práctica contemporánea de esta disciplina, sobre todo a partir de la década de 1960, con el nacimiento de la psiquiatría comunitaria. Es decir, cuando la psiquiatría, al “salir del asilo”, comienza a enfrentarse con la necesidad de desarrollar estrategias para actuar sobre la población antes de que sobrevenga el peligro (Castel, 1986; Rose, 1996, 1998). Hasta entonces, la peligrosidad era considerada como una característica interna de ciertos individuos, expresión de la posibilidad de que éste cometa un acto violento e imprevisible, imposible de probar hasta que el acto no se haya cometido. Pero en este nuevo territorio, el de la comunidad, dicha idea es progresivamente reemplazada por la noción de riesgo. Un concepto que resulta mucho más operativo. En este nuevo contexto, esta noción proveerá de las técnicas y las prácticas necesarias: el riesgo debe ser identificado, valorado, calculado y reducido. Sobre estas bases médico-administrativas se funda una nueva fórmula de gestión de las poblaciones donde **la lógica de la predicción viene a reemplazar a la lógica del diagnóstico**: se trata de clasificar a los sujetos de la psiquiatría en términos de su posible conducta futura y su grado de riesgo para la comunidad y para sí mismos (Rose, 1996). Si durante los años 1970-80 la peligrosidad comienza progresivamente a trans-

formarse en una cuestión de factores y de probabilidad estadística, para 1990 la palabra *riesgo* queda naturalizada como el término organizador de estos debates. Después de todo, el concepto aparentemente no tiene connotaciones peyorativas e invita a análisis más objetivos (Rose, 1998: 178).

Dicho cambio conceptual representa, a su vez, una transformación en el rol de los profesionales de la salud mental así como de la naturaleza de su trabajo. Bajo este modelo, **la responsabilidad de todos los psiquiatras es redefinida en términos de la valoración del riesgo, es decir, todos los pacientes pueden y deben ser categorizados utilizando este criterio.** Si la peligrosidad era una categoría legal de apariencia fija y estable, que podía estar o no presente, el riesgo requiere una decisión eminentemente administrativa, que se establece dentro de un espectro, como por ejemplo una escala, y que dado su carácter dinámico debe ser constantemente revalorada (Rose, 1998). Por ello se inventan técnicas para determinar el grado de riesgo, se estudian sus signos, se establecen indicadores para documentarlo en las notas clínicas y los planes de tratamiento. En este contexto, no sólo **el profesional de la salud mental desempeña cada vez funciones menos terapéuticas y más administrativas**, sino que el manejo del riesgo se transforma en una tecnología social, y el nivel de riesgo se vuelve criterio clave para la intervención dentro del campo médico-psiquiátrico.

Surge así en el s.XX un nuevo modelo de psiquiatría que posibilita nuevas políticas preventivas, políticas que ya no tratan con individuos considerados patológicos sino con datos abstractos, denominados “factores de riesgo”. Mientras que la peligrosidad era una propiedad concreta del individuo, el riesgo se presenta como una combinación de factores que no son necesariamente peligrosos en sí mismos sino que hacen más o menos probable la materialización de un suceso indeseable, ya sea una enfermedad, una anomalía o una conducta desviada

(Castel, 1986). Aún más, estos factores pueden ser interrelacionados y reagrupados para generar correlaciones estadísticas, sin importar cuán heterogéneos sean. Es justamente gracias a este nivel de abstracción que la noción de riesgo abre posibilidades de intervención prácticamente infinitas. **Después de todo, ¿qué no comporta un riesgo?**

Según N. Rose, la explicación cultural no basta para justificar el surgimiento de la aproximación del riesgo en el caso específico de la psiquiatría, como si esta no fuera más que un campo al que se puede aplicar la teoría propuesta por **U. Beck en La Sociedad del Riesgo** (1985). Sin embargo, y a pesar de observar que siendo distintos sus orígenes también lo serán sus consecuencias, encuentra algunas características comunes entre la interpretación de U. Beck y la suya. A saber, en ambas de lo que **se trata es de traer el futuro hacia el presente y hacerlo calculable**. El razonamiento de base es el siguiente: es precisamente el reconocimiento de la incertidumbre respecto al futuro lo que permite transformar la falta de certidumbre en algo cuantificable en términos de probabilidad. Es en base a este conocimiento probabilístico del futuro que podemos y debemos tomar decisiones sobre el presente (Rose, 1998). Nótese que esta valoración deja ya de ser una opción para constituirse en un accionar de carácter obligatorio. Queda de esta manera establecido un nuevo estilo de control en el ámbito del estudio y la gestión de la conducta humana. R. Castel habla en este caso de una “sociedad post-disciplinar”, caracterizada por el hecho de generar estrategias de control para reducir el riesgo (Castel, 1986).

Las ideas de estos dos autores deben, a su vez, enmarcarse dentro del trabajo de otro pensador por quienes ellos están claramente influenciados. Aunque M. Foucault no trabajó explícitamente el tema del riesgo, fueron sus escritos sobre el concepto de gubernamentalidad los que sentaron las bases para un análisis del riesgo como tecnología política (Turner, 1997). Se-

gún M. Foucault la actividad de gobernar estaría íntimamente relacionada con la de recolectar, comparar y calcular datos sobre las características de la población - nacimientos, muertes, tasas de enfermedades, niveles y tipos de empleo (Nettleton, 1997). Desde esta perspectiva, variables numéricas como la longevidad o la sanidad se constituyen no sólo como un problema sino como un objeto a ser vigilado, analizado, intervenido y eventualmente modificado. Este autor considera que son estas las bases sobre las que se fundamenta el origen del estado administrativo en el s. XVIII, estado cuya función principal es regular y gestionar tanto a los individuos como a las poblaciones. En este contexto el concepto de gubernamentalidad hace referencia tanto al mecanismo de poder como al aparato de seguridad mediante el cual se administra y se ejerce la soberanía sobre una determinada población. En otras palabras, la noción de gubernamentalidad se refiere a todos los procedimientos destinados a administrar los aspectos económicos, sociales y personales de nuestras vidas son administrados, es decir, a los sistemas de recolección de datos y las políticas y programas que, basados en estos datos, deben asegurar el bienestar del objeto gobernado - la población - y de sus componentes - los individuos (Petersen, 1997).

Se comprende así como el trabajo sobre gubernamentalidad desarrollado por M. Foucault permite pensar acerca del proceso de medicalización en la sociedad dentro de un nuevo marco, en donde el ejercicio del poder médico puede verse en términos de prácticas más difusas. La medicina sería en este contexto una institución coercitiva en la medida en que disciplina individuos y ejerce formas de vigilancia sobre la vida cotidiana, estrategia que se lleva a cabo a partir del s.XX a través de la definición y la gestión de los factores de riesgo. Es durante este período que las formas de vigilancia y control pasan de estar basadas en una relación directa al sujeto a estar basadas en el cálculo abstracto de la probabilidad y la estadística (Castel, 1985). Se trata de un modo mucho más efectivo y

sutil de regular las poblaciones que multiplica las posibilidades de intervención. **De esta manera, son los expertos quienes al formular estrategias preventivas, ejercen una autoridad moral; ellos mismos definen problemas individuales para los que proveen soluciones.** En la medida en que la medicina integra la óptica del riesgo y la lógica del cálculo de probabilidades que se difunden a través toda una cultura, esta cultura tiende inevitablemente a medicalizarse.

Conclusiones

Anticipar el futuro ha sido un desafío fundamental para la humanidad. La conceptualización del riesgo es una forma de lidiar con ese futuro y la incertidumbre que este conlleva. Si bien históricamente la idea surgió en un contexto económico, progresivamente fue ampliando su significado para responder a nuevas situaciones y necesidades. Se trata de un concepto que ha desempeñado un rol en actividades y disciplinas tan dispares como los juegos de azar, las finanzas y la economía; las ciencias sociales y la toma de decisiones políticas así como la profilaxis clínica. Pero si el concepto de riesgo es una herramienta para lidiar con la incertidumbre, se trata de una herramienta que contiene una serie de supuestos culturales, morales y políticos. Es justamente por esto que se necesita una aproximación histórica que nos permita examinar el carácter social y culturalmente contingente de las realidades de riesgo (Schlich, 2004).

El riesgo tiene un valor político en la sociedad contemporánea. Condiciona la inversión por parte de las autoridades en prevención, seguridad y emergencias, llegando a constituir un elemento central en la gestión moderna de las poblaciones. **En lo que respecta a la medicina, el énfasis en los factores**

de riesgo ayuda a reducir relaciones sociales complejas a fenómenos fisiológicos discretos y medibles que tienen lugar dentro del individuo (Schlich, 2004). Asimismo, y por su carácter técnico, el discurso de riesgo queda revestido de un halo científico. Por su alcance, habilita una medicalización prácticamente generalizada de la existencia misma. Después de todo, la vida es una enfermedad de transmisión sexual, mortal y universal (Skolbekken, 1995).

El riesgo no es una invención de la modernidad, pero es en este período que se expande a nuevas áreas acarreado profundas transformaciones. Mientras los usos anteriores del riesgo (en el juego, los seguros y la teoría económica) están avanzando rápidamente hacia un nuevo análisis en términos de racionalidad limitada, dicho progreso aún no ha tenido lugar en lo que respecta al área médica y psiquiátrica, donde la idea de optimización de la racionalidad sigue siendo predominante (Berrios, 2011). Se trata de un tema fundamental a examinar, sobre todo considerando los avances inminentes en tecnologías de procesamiento de datos como los que promete la “Big Data” y el impacto que éstas podrían llegar a tener en materia de prevención y políticas de salud pública.

Referencias

Beck, U. (1986). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Ed. Paidós.

Berrios G.E. (2011). *Hacia una nueva epistemología en Psiquiatría*. Buenos Aires: Ed. Polemos.

Castel, R. (1986). De la Peligrosidad al riesgo. En Wright Mills C., Foucault M., Pollak P., Marcuse H., Habermas J., Elias N. (Ed.) *Materiales de Sociología crítica*. Madrid: Ed. de la Piqueta.

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la an-*

ti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Ed. Anagrama

García García S. (2014). Las narrativas del riesgo. [Reseña del libro *La Década del riesgo. Situaciones y narrativas de riesgo en España a comienzos del s.XXI*, por G. Mairal Buil] *Revista de Antropología Social*, 23, pp. 281- 286.

Netleton, S. (1997). "Governing the risky self. How to become healthy, wealthy and wise". En: Peterson, A y Bunton, R (Eds.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.

Petersen, A. (1997). "Risk, governance and the new public health". En: Peterson, A y Bunton, R (Eds.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.

Rose N. (1996). Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. *History of the Human Sciences*, 9:2, pp 1-23.

Rose N. (2005). In search of certainty: risk management in a biological age. *Journal of Public Mental Health*, 4:3, pp. 14-22.

Rose N. (1998). Governing risky individuals: The role of Psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, Psychology and Law*, 5:2, pp. 177-195.

Schlich, T. (2004). Objectifying Uncertainty: History of Risk Concepts in Medicine. *Topoi*, 23, pp. 211-219.

Skolbekken, J-A. (1995). The Risk Epidemic in Medical Journals. *Social Science & Medicine*, 40:3, pp. 291-305.

Turner, B. (1997). "From governmentality to risk. Some reflections on Foucault's contribution to medical sociology". En: Peterson, A y Bunton, R (Eds.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.



- Batman!! Qué es lo que te está haciendo ese rayo?
- Me llevó a como los hombres serán dentro de 800000 años. Mi cerebro ahora es mucho más poderoso... pero tuve que sacarme la capucha porque mi cabeza creció muchísimo.

[CRONICA]

III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental

Latinoamérica sin manicomios. La vida no cabe en un diagnóstico. Sin derechos humanos no hay salud mental.

12-13-14 de Septiembre ROSARIO

Nicolás Oliva, Laura Fernández, Nadia Castellani



Luego del primer encuentro en Brasil, y el siguiente en Uruguay, le tocó a la Argentina ser la anfitriona del encuentro Latinoamericano, que se reeditará en 2020 en Chile . La organización estuvo a cargo de una gran red local de actores, trabajadores de distintos ámbitos del estado, organizaciones sociales, ámbito privado, de la academia, universidad, usuarios y sindical. Y ante la gran participación y solidez que se evidenció, se hace claro que el enfoque de Derechos Humanos y Salud Mental resulta ser una gran bandera para consolidar vínculos afines, y sumar cada vez más actores.

“Manicomios no terminan de desaparecer y otras formas de estar en común apenas comienzan a vislumbrarse. No al-

canza con incendiar instituciones totales. Nunca más manicomios, supone nunca más vidas sin sensibilidades liberadas, sin rarezas, sin anomalías, sin discrepancias, sin disidencias. Sin demasías.”

Marcelo Percia, *Vidas después: 14 derechos venideros para estar en común*. (Ideas expresadas en el acto de cierre del Encuentro)

Fue un encuentro alegre, colorido, participativo, que hizo carne al lema “*nada sobre nosotrxs sin nosotrxs*”. Tanto las presentaciones de trabajos, como las rondas de conversación o la asamblea, se caracterizaron por ser espacios de intercambio plural, que invitaron a expresarse y a encontrar nodos comunes. Esto ya se notaba en la disposición del espacio, en la coordinación, etc. Los resultados quedaron a la vista en los múltiples y variados escenarios del encuentro.

En las distintas sedes, que fueron principalmente facultades de la UNR, se notaba que éramos un grupo diverso pero reunido bajo una bandera común. Deambulábamos y concentrábamos por pasillos y aulas, con interés en compartir, no sólo en los espacios preparados para eso. Así, y con algún que otro objeto identificatorio más específico (remeras, prendedores) conseguíamos reconocernos fácilmente, identificándonos incluso entre el heterogéneo estudiantado que también obviamente recorría sus casas de estudio.



Particularmente llamativo fue la gran cantidad de representaciones artísticas, corriéndolo bastante del academicismo de otros encuentros del estilo.

“En cuestión de derechos, se podrían mencionar algunos que provienen de enseñanzas cercanas: Derecho a la fantasía (Pichon-Rivière). Derecho a la mateada y al chori (Moffatt). Derecho a la ternura y al miramiento (Ulloa). Derecho al juego (Pavlovsky). Derecho a pensar (De Brasi). Derecho al arte y a la locura (Zito Lema).”



Resaltó la diversidad geográfica de los participantes, con una amplia participación brasileña, uruguaya y chilena. Hubo variados espacios de debates, presentaciones e intervenciones, en los que se describían las diferentes realidades. Si bien se llegaron a ubicar dificultades en común, la nota de color -oscuro- la llevó Brasil. En diferentes instancias expresaron su extrema preocupación por la situación política y de Salud Pública del país, que se encuentra siendo arrasado por medidas agobiantes del gobierno, lo que imposibilita mantener los preceptos y prácticas de Salud Colectiva que fueran consolidadas en mejores épocas.



La participación brasileña fue masiva y se hizo notar. En la foto una referente, Marta Zappa, especialmente para varios residentes de Salud Mental que rotamos en Río de Janeiro bajo el modelo de Salud Colectiva. Ella estuvo disertando sobre la formación interdisciplinaria.

Participaron diversas universidades y centros académicos

de investigación de los diferentes países, por nombrar algunos: UNICAMP (BR), UFRJ (BR), FIOCRUZ (BR), UdelaR (UY), UBA, UNR, UNER, UNLa, CONICET, CLACSO.



También hubo otros referentes de Salud Colectiva en Brasil, como Paulo Amarante, y de la lucha antimanicomial, Eduardo Vasconcellos, locales de Salud Pública, y diferentes organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, como Mario Rovere, Alicia Stolkiner, CELS, Órgano de Revisión, ATE, Asamblea Instituyente de Uruguay, colectivos de usuarios, entre otros.

“Quizás un día se declare el derecho a no tener que ganarse la vida. La sentencia de que hay que ganarse la vida sobrevuela como extorsión de la civilización. Como amenaza de que se la puede perder. Así, se enhebra la imposición de trabajar como carga, infortunio, castigo. Inevitables. La vida no se recibe como regalo, como don, como derecho.”***

Los principales puntos en común fueron la relevancia de las prácticas comunitarias, de inclusión, la formación universitaria, por una parte, y las críticas a las prácticas coercitivas, a

la patologización y prácticas de encierro. Haciendo énfasis en que la manicomialización no solo tiene relación con las prácticas de encierro en un espacio físico sino con lógicas y modos de pensar y hacer coercitivas, que atraviesan las barreras físicas del manicomio.

Muy emotivos y aclamados fueron los relatos en primera persona de usuarias internadas por Salud Mental; historias que, como dejaron en claro desde la descripción, pero también desde su percepción, fueron fuertemente traumáticas. La sola presencia de estas experiencias -en un lugar mainstream de la agenda- ya marca la tendencia inclusiva del Encuentro. Pero estas participaciones sobrepasaron estos alcances, y también sirvieron como analizador externo de las prácticas del equipo de Salud Mental. El enfoque en Derechos Humanos y la generosidad en las memorias dieron la posibilidad de estar advertidos sobre los daños que ciertas acciones pueden producir. Tenidos en cuenta, puestos como elementos influyentes a la hora de elegir estrategias, sería posible intentar evitarlos.

“A las luchas contra las servidumbres del capital, del colonialismo, del patriarcado, conviene incorporar la lucha contra las sujeciones de la normalidad. ¡Demasiás no enferman, normalidades sí!” ***

Hubo debates acerca de prácticas sustitutivas a los manicomios, con relatos de experiencias latinoamericanas diversas,



pensando también en las adecuaciones regionales necesarias. Estos temas, tuvieron gran repercusión entre los argentinos, que atravesamos un momento polémico y con falta de decisiones claras en este aspecto.

Algunes miembros de la revista Atlas no dejamos pasar la oportunidad de poder compartir los debates y discusiones que se vienen planteando desde los inicios de la revista, pero fundamentalmente en su último número donde Joanna Mon-



crieff colaboró con un artículo inédito. De esta manera intentamos poner en tensión aspectos de nuestras prácticas desde aportes de la psiquiatría crítica.

“Quizás un día se declare el derecho a la irreductibilidad. Una convicción, tejida entre proximidades, que acentúe que las potencias de lo vivo residen en la indeterminación y en la inconmensurabilidad. Una convicción, hilada entre cercanías, que impida que se condenen sensibilidades a tener que cargar con identidades que estrechan el porvenir.”***

El viernes por la tarde tuvo lugar la marcha, que comenzó luego de una multitudinaria ronda de conversación en las escalinatas de la Facultad de Medicina de la UNR. Recorrimos una veintena de cuadras por el centro, acompañados por tambores (¿habrán venido de las llamadas charrúas?), banderas coloridas, con slogans claros, resaltando a todo el que anduviera por las calles rosarinas y lo quisiera ver que hay un grupo de actores que bogan por una práctica de la Salud Mental Latinoamericana fortalecida en prácticas comunitarias de inclusión y autonomía, y libre de las de aislamiento. Tampoco se dejó pasar la oportunidad de pronunciarse a favor de la liberación del ex presidente brasileño, entre otros reclamos más específicos. Entrelazados en canciones, disfraces y pancartas, avanzamos por las calles unas 2000 personas, hasta llegar a la vera del río, en donde nos esperaba un gran escenario, para dar comienzo a un festival, con más música, y baile, resaltando el carácter alegre (AKA brasileño) del encuentro.

“Quizás un día se declare el derecho al poco saber. Poco saber no significa escaso saber, alude a lo ilimitado, inalcanzable, inconcebible del saber clínico. Estar en posición de poco saber previene omnipotencias, soberbias, individualismos profesionales. Estar en posición de poco saber no equivale a saber poco.”***

El último día, el acto de cierre tuvo su lugar en el Teatro Municipal La Comedia con referentes de Latinoamérica de la lucha antimanicomial, quiénes, a su vez, participaron a lo largo del Encuentro. Una intervención de Marcelo Percia***, quien interpeló y aportó a nuestras construcciones y saberes en el Campo de la Salud Mental.

Concluimos con un Homenaje a Nora Cortiñas, referente y emblema de la Lucha en Derechos Humanos en nuestro país y la Asamblea final, donde se votaron mociones y líneas de acción a seguir de la Red, entre otras el compromiso de

construir una gran red de lucha latinoamericana, a su vez, se definió Chile como próxima sede del Encuentro.



“Quizás un día se declare el derecho a que no pase nada. Si se atiende a pautas de rendimiento, progreso, alcance de objetivos, logros, en muchas situaciones clínicas no pasa nada. Pero ¿qué pasa en ese no pasar nada? Hablas del capital imponen la urgencia de tener que pasar de la nada a algo, que conciben como mejora. Instituyen el imperio de la mejora como ideal de satisfacción, como bienestar superior, como resolución de carencias que la idea misma de mejora crea. Encantar la nada supone encantar la vida, sin más. Sin requerimientos, sin resultados, sin nerviosismos consumidores. Vidas encantadas sin el imperativo de la hazaña ni el sacrificio, sin épicas de triunfos y derrotas, alientan potencias que no dominan, no poseen, no gobiernan.”***

Autores

Nicolás Alonso

Médico psiquiatra.

Ejerce su saber en el Hospital Ramos Mejía

Diego Costa

Médico psiquiatra.

Presidente del Capítulo de Historia y Epistemología (APSA)

Javier Fabrissin

Médico especialista en psiquiatría. Codirector de ATLAS

Prof. Adjunto de SM II (Facultad de Medicina, USP-T).

jfabrissin@gmail.com

Laura Fernandez

Médica psiquiatra en atención primaria de la salud (área Htal Penna), docente de Salud Mental de la UBA, miembro del comité de redacción de ATLAS y manejo del fuego con leña.

Natalia Fuertes

Médica psiquiatra. Ejerce la poliatención.

Correctora en una importante revista de psiquiatría que no es ATLAS.

Mariela Murakami

Médica psiquiatra argentina devenida catalana. Curiosa y magister en historia de la ciencia. No es pariente de Haruki.

Victor Pagano

Profesor en enseñanza media y superior de filosofía - U.B.A.

Actualmente se encuentra realizando su tesis de doctorado en filosofía, en torno a las conceptualizaciones de las locuras morales

Lucas Vazquez Topssian

Psicólogo de adolescentes y adultos. Director del Departamento de psicología y contención de las víctimas de la Asociación Argentina de Lucha Contra el Cibercrimen.

Andrés Rousseaux

Caballero jedi y psiquiatra.

Marcos Zurita

Médico psiquiatra.

Director Revista ATLAS.

Vicepresidente del Cap de Interconsulta de APSA.

Supervisor de residencias de Salud Mental de CABA y GBA

Simpatizante no melancolizado del Club Atlético Huracán

mzurita@gmail.com

Cierre

ATLAS 18 finaliza acá. Nos vemos el próximo número.

SUSCRIPCIONES

Si desean recibir en sus casillas de mails los números anteriores y los que seguirán de la Revista ATLAS, enviénnos un mail a **maildeatlas@gmail.com** y encantados les cumpliremos ese deseo.



ATLAS DE LOS FENÓMENOS OBSESIVOS Está agotado en su versión papel pero se puede comprar a en digital, maildeatlas@gmail.com para data

ATLAS DE LOS FENÓMENOS OBSESIVOS es el primer volumen de una serie de libros dedicada a diferentes aspectos de la clínica psiquiátrica. En sus páginas se recorrerán las geografías del mundo obsesivo, desde sus primeras concepciones hasta sus expresiones actuales. Se trata de un catálogo en el que se revisan las aproximaciones teóricas a esta expresión sintomática, algunos puntos claves (como el momento histórico en que las obsesiones se separan de las compulsiones), el lugar que ocupan estos fenómenos en el deporte las artes y en la sociedad. ¿Cómo la cultura modela lo obsesivo- compulsivo? Se exponen algunos de los papers más insólitos dedicados a la temática así como el abanico terapéutico con que los especialistas procuraron mejorar la sintomatología obsesiva. Se trata de un Atlas, sí, pero en el que la clasificación no es total, en el que la taxonomía que se sigue agrupa lo heteróclito, lo variado, lo asistemático, ofreciendo al lector la continuidad, la posibilidad de completar lo que aquí se insinúa.

Autores:

Javier Fabrissin

Marcos Zurita

Federico Rebok

Tomasa San Miguel

Cristian Garay