

año 7 número 19/ junio 2020

ATLAS

19

otra revista de salud mental



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Bienvenidos a una nueva edición de **ATLAS**. Esta vez se van a encontrar con un número doble, con textos que abarcan el universo de intereses de los autores, que como ustedes ya sospechan, es amplio y ecléctico.

El foco del número 19 iba a estar puesto en el universo de “las drogas”. Pero llegó el coronavirus y nos tomarnos un tiempo más para armar un cuerpo de notas que den cuenta de la pandemia.

Antes de dejarlos con la lectura, queremos contarles de otras actividades de **ATLAS** o amigos cercanos que hacen a la vida más llevadera:

Proyecto Miasma (<https://proyectomiasma.com/>) : Nicolás Alonso se embarcó en un proyecto abierto y colaborativo en el que se reúnen relatos, crónicas y ensayos breves en tiempos de pandemia. También despliegan una colección de podcast de muy interesante escucha.

ATLAS Podcast: hemos vuelto por ahora de forma irregular al mundo del podcast. Están disponibles en Spotify y demás plataformas. Fuerte recomendación el episodio con la entrevista a Héctor Fernández Álvarez.

Psiquiatrónica: newsletter de **ATLAS** al que pueden suscribirse aquí

Encuentros Mupsicales: estamos realizando los Encuentros Mupsicales por zoom. Inscripción gratuita en maildeatlas@gmail.com

Próximamente: Atlas Erótico. Nuestro colaborador habitual Victor Pagano está ultimando detalles de un podcast sobre literatura erótica y filosofía.

¿Qué más? Hemos realizado con éxito junto a **Proyecto Suma** un **Foro de Psiquiatría de la Pandemia** que contó con un promedio de 75 colegas psiquiatras pensando nuestra práctica en la emergencia por la covid-19. La idea es continuar una vez por mes. Pueden inscribirse al maildeatlas

La ilustración de portada tiene que ver con el momento en que estas líneas son escritas: los casos de coronavirus han crecido en los últimos días y la meseta que se mantuvo chata ha comenzado a dispararse. Ojalá que ganemos sin perder tantas vidas.

Sumario

Editorial/	2
Pensar ya fue: la era de la literalidad y la indignación (M. Zurita)	/5
Aislamiento social voluntario (N. Alonso & T. Alonso & Zotelo Ulfeldt)	/13
Lo que llamábamos droga ahora será llamado psicofármaco (J. Fabrissin)	/21
Pausa para reflexionar y jugar	/41
La verdad esta allá afuera... y dentro de nosotros también (A. Rousseaux)	/44
¡Otra vez los degenerados! (D. Costa)	/69
El cielo está embartulado (V. Pagano)	/79
Seis maneras para volver loco a alguien y siete motivos por los cuales hacerlo (J. Fabrissin)	/90
Los caballeros del Zodíaco: la amistad en el capitalismo tardío (D. Charaf)	/93
Herramientas: modelo de consentimiento informado	/107
Epilogo de los Encuentros Mupsicales (A. R.)	/110
Apuntes sobre un dispositivo de escucha telefónica para trabajado- ras y trabajadores de un 'hospital covid'(F. Ingrassia)	/116
¿Qué pasó en el universo de los papers en 2019? (JR)	/124
Las Puertas de Tannhäuser (A. Rousseaux)	/ 139
El Acontecimiento Psicodélico (T. Chernoff & B. Kliger)	/154
Fármacos aprobados por la FDA para tratamientos en la especiali- dad Psiquiatría (J.F.)	/182
La voz de la psiquiatría en el mundo de la COVID-19 Recorriendo papers (J. Fabrissin)	/188

ATLAS Año 7 N° 19. junio 2020 ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Ideas y Desrealiza-
ciones: 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

Pensar ya fue: la era de la literalidad y la indignación

Marcos Zurita

Un ejercicio reflexivo sobre las formas de pensamiento

1.

Había un momento de nuestra formación médica del siglo 20 en que nuestros referentes nos revelaban una lógica secreta:

“En Medicina, dos más dos no siempre es cuatro”

Esta *verdad* nos permitía cierto alivio ante la exigencia de eficacia cuando los casos desobedecían la prolijidad de los libros. La frase abría también la puerta del pensamiento abstracto: hay *algo* que escapa a lo que se ve, a lo que se dice y ese *algo* puede ser la clave que explique un cuadro clínico. Pero además incluía una vuelta de tuerca: a veces, en Medicina, dos más dos, *no siempre, pero a veces sí*, es cuatro.

2.

Sin embargo, a pesar de la potencia que da el **“no siempre es”**, el correr del ejercicio de la profesión va dándole la espalda a esta lógica secreta.

Pensemos en los argumentos mas radicalizados de la tensión psiquiatría-antipsiquiatría: una parte dice **“en medicina dos más dos es cuatro”**, la otra **“en medicina dos mas dos nunca es cuatro”**. El puente de la dialéctica, una forma confiable de producir saber, queda caído y los dos saberes aislados.

Estos dos puntos de vista opuestos no pertenecen a dos lógicas diferentes. *La Psiquiatría Rígida* y la *Antipsiquiatría Intransigente* comparten los mismos modos: niegan la alteridad en el plano intelectual y estallan en indignación en el plano emocional. Hay veces que estas situaciones se vuelven un poco caricaturescas y sus exponentes van por la vida con la simpleza monotemática de la formación reactiva de aquel que odia la mugre pero pasa todo el fin de semana limpiando el inodoro.

3.

La reducción del ejercicio dialéctico impide la posibilidad de que surja un espacio distinto. Se establece un mundo donde el objetivo no es hacer crecer o complejizar un pensamiento hacia adelante sino que el objetivo es sostener los nichos alcanzados a cualquier precio. Se pierde así la chance de que en el vaivén dinámico de los argumentos el otro pueda tener razón.

Un ejemplo habitual contado con animales para no herir susceptibilidades:

Posición A: “los animales de cuatro patas que habitan la pampa son caballos; las vacas no existen”

Observación externa: “algunos animales que habitan la pampa tienen cuernos”

La Posición A asimila la información y asegura: “¡unicornios!”.

Al negar la chance de existencia de las vacas, que llevaría a la posibilidad de entender la realidad del toro, se prefiere sostener la existencia del unicornio.

Ahora bien, si no se piensa dialécticamente ¿cómo se piensa? **Se piensa lo ya pensado.** Si se mira alrededor, ¿cuánta gente que publica libros, da conferencias o influencia desde diferentes redes está diciendo algo nuevo? ¿Cuántos intentan entender algo desde el presente? **Hay todo un sistema de recompensas dispuestos para reforzar a quienes repiten lo ya dicho** y segregar a los que dicen algo distinto. Es verdad que hay cierto valor en quienes dicen lo ya dicho de forma novedosa (Byun Chul Han, por ejemplo). Y también es probable que haya otros puntos de vista y desarrollos que recién podremos descubrir dentro de unos años cuando se hagan visibles como un yuyo que sale entre los adoquines. Pero mientras tanto ¿qué?

4.

Una consecuencia de esta forma de negar al otro y reforzar lo propio es que el pensamiento ha ido haciéndose más concreto.

De un tiempo a esta parte, ha ganado territorio en nuestra profesión pensar que la *cosa* y el *nombre de la cosa* son lo mismo. El por qué de esto seguramente se puede atribuir a la formación académica pero también al mundo en general. Los psiquiatras (y todos los profesionales del campo de la salud mental) *habitamos un mundo más concreto.*

Ahí está la baja en la venta de la cerveza Corona ante la pandemia de coronavirus, por decir algo.

5.

El desmedro de un ejercicio de pensamiento dialéctico lleva a afincarse en los terruños conocidos. La escasa búsqueda de pensamientos más complejos y de ideas diferentes a las pen-

sadas va hipotrofiando el pensamiento abstracto ¿Quién necesita una hipótesis de lo nuevo si se tienen certezas de lo viejo? La consecuencia de esto es todo un sistema de alto gasto de energía en mantener dogmas (teóricos, mercantiles: siempre ideológicos) y, al estar clausurada la pregunta, el rechazo de lo nuevo. Es acá que entra en juego la emoción más importante de esta parte del siglo 21: **la indignación**.

¿Por qué uno se indigna? La indignación es como el estrés: ante la presencia de un león hambriento, tener una lluvia de catecolaminas nos viene bien para salir corriendo, pero cuando todos los síntomas del estrés se manifiestan a partir de un ascensor lento, nos envuelve una situación absurdamente angustiante.

El problema con la indignación en nuestros días es que pasa de leones a ascensores lentos en dos minutos. Del “qué barbaridad cómo la red social se rebajó a una red virtual” a “no te puedo creer que una feminista va a cobrar 12 mil pesos para dar un seminario en la empresa de Fontevecchia”, pasando por “un psicoanalista no puede ser jefe de un servicio de salud mental porque no sabe nada de farmacología” y “todos los psiquiatras son nazis” (bueno, esto último... no saben a qué pocos grados de separación estamos de los *psiquiatras nazis originales* pero eso lo contaremos en otra oportunidad).

La indignación es una descarga emocional acompañada por síntomas motores (golpe en la mesa, dedo índice levantado, vasodilatación, palpitaciones). Es reactiva y la mayor parte de las veces se agota rápido. El hecho que generó la indignación (sea león o ascensor) sigue estando ahí pero los indignados van agotándose homeopáticamente entre un posteo en redes, una firma en change.org, un debate en telegram, un salirse de grupos de whatsapp.

La indignación es eficaz porque hace creer al indignado

de que la razón está de su lado. Pero solo de ver las indignaciones habituales, se puede notar que es un territorio más cerca del “opio de los pueblos” que de la “revolución”.

El tema es que el par opuesto de la indignación la mayoría de las veces solo pueda ser la indiferencia. La aceptación sin estridencia de cada cuestión. Es un par opuesto porque los dos conllevan la misma lógica: *la conservación del estado de las cosas*. Los resignados y los indignados van juntos en el mismo bote hacia la catarata.

Basta de imágenes.

Propongo pensar la indignación como un **síntoma general**, como una fiebre que surge cuando algo se pelea con la aceptación. Una vez detectada la indignación, el *autotriage* debería continuar con una pausa y un ejercicio de discriminación de la causa que lo dispara. ¿Vale la pena seguir indignado? ¿Qué nivel de catarsis manejar? ¿un posteo, una ironía, un “no te puedo creer?”? Y después: ¿cuál es la forma más eficaz de modificar algo de ese estímulo exterior? Muchas veces la forma más eficaz es ignorarlo. “Bueh, ahí está otra vez X diciendo boludeces sobre el psicoanálisis” o “Dios querido, ¿otra vez los de la Escuela de Psicoanálisis Ortodoxo Autopercibido Copado hablando del DSM como sinónimo de psiquiatría?”.

El esfuerzo que es necesario hacer es salir del loop Causa-Indignación. Buscar otra lógica, un nuevo territorio. Usar la indignación como una forma de sacudir estructuras rígidas y de ahí saltar. Un ejemplo que suele funcionar: “Basta de repetir a Foucault, está muerto hace 36 años! Llevaba ya dos años de descomposición cuando Maradona le metió el gol a los ingleses!”. Es una indignación que se vuelca en una provocación. A partir de ahí: la *indiferencia* o la *indignación* de los foucaultianos. Y entonces los conceptos de Foucault tienen que salir del sillón donde están engordando a base de Grasas Saturadas

Académicas para volver a pelear en la cancha. Esto siempre es saludable. Abre espacios. Discrimina. El pasado se revitaliza en un lazo con el presente. *Y así todos nos damos cuenta por fin que La Arqueología del Saber es mejor que Vigilar y Castigar.*

6.

Si nos alejamos de la posibilidad de lo abstracto, de poder pensar que existe un tercer espacio a partir de dos contradicciones, caemos en la **literalidad**. Las cosas son blanco o negro. Una niega la otra al mismo tiempo que se *identifica* con la *negada*. El sistema se vuelve rígido para las dos partes. Se necesitan como Voldemort necesitaba a Harry Potter.

Para terminar, un ejemplo de la práctica sobre literalidad y calles clínicas estrechas.

Cuando los departamentos de marketing de la industria farmacéutica decidieron comunicar un producto como “anti-depresivo”, la literalidad implica que su utilidad es para tratar una “depresión” ¿Para qué es un “antitérmico” sino para bajar la temperatura para qué un “antiemético” sino para no vomitar?

Esa solución (“antidepresivo”) al problema (“depresión”) sólo funciona en ese par: diagnóstico/tratamiento. La diferencia es que la “depresión” no es como levantar temperatura o lanzar contenido gástrico por la boca.

Cuando el mercado se expande, porque siempre el mercado se expande, y resulta que “los antidepresivos son también eficaces en los trastornos de ansiedad” de a poco se los empieza a llamar por su farmacodinamia “los ISRS”. A una depresión se le da “un antidepresivo”, a una trastorno de pánico, “un ISRS”.

Uno podría decir: en realidad, son todas moléculas que interactúan en el Sistema Nervioso y modifican la percepción del mundo que tiene el paciente. Los efectos pueden ser amplios o acotados, según las circunstancias y el sujeto. (Ver el texto de Joanna Moncrieff hace unos números atrás).

Pero, ¿qué pasa cuando ante la literalidad del término “antidepresivo” o “antipsicótico”, uno piensa que debe ser coherente y *diagnosticar* una depresión o una psicosis para indicarlo?

Esa literalidad, donde el “antidepresivo” ataca la depresión y el “antipsicótico” ataca la psicosis, se lleva puesto a los pacientes (que, lógicamente suponen que tienen una depresión si se les da un antidepresivo o son psicóticos si se les da un antipsicótico) ¿Qué sentido tiene, en este contexto, seguir llamando así a estas moléculas si cada vez que las nombramos tenemos que aclarar que no es tan así? El sentido es el de un contrato abstracto: “antidepresivo” puede significar muchas cosas, es un nombre sin contexto.

7.

Para finalizar, volviendo a la frase del principio y cómo pensar el problema de los tres tercios (en general un tercio de los pacientes responden a tratamientos, otro tercio no responde y un último tercio responde parcialmente) en el ejemplo de la depresión.

Si se toma la posición de “en medicina 2 más 2 **no siempre es 4**”, ni la molécula nombrada “antidepresivo” ataca la “depresión” en un matcheo exacto, ni lo que llamamos “depresión” se ajusta al “antidepresivo”.

El tercio de pacientes que no responden y el tercio de los que responden parcialmente (en los que $2 + 2$ no resulta en 4)

dan una oportunidad a la búsqueda dialéctica para tratar de entender lo que llamamos “depresión”.

La otra posición, la de la aseveración “en medicina 2 mas 2 es cuatro” toma el tercio de pacientes respondedores a los tratamientos como la prueba de que el matcheo perfecto antidepressivos-depresión existe. Cuando se enfrentan a las situaciones de no matcheo o matcheo parcial, se encierran en el eufemismo “depresión refractaria”, “paciente social”, “paciente dual”, etcétera.

Con tal de no negar el dogma del matcheo, se prefiere ir por territorios a veces fantásticos (“depresión atípica”). Esas nuevas categorías no son nuevos saberes: son parches de los viejos. Unicornios, no toros.



Aislamiento social voluntario

Nicolás Alonso & Tamara Zotelo Ulfeldt

Hikikomori: viviendo en la interfaz

En estos días de aislamiento social obligatorio podría pensarse a quiénes les está resultando más difícil y a quiénes más fácil acostumbrarse a esta medida. Rápidamente podríamos considerar que a los sociables les es más complicado que a los huraños. Pero con el paso de los días a la gran mayoría nos empieza a afectar el encierro, revalorizamos la vida social e incluso aparece la pregunta: ¿Alguien podría *elegir* vivir así?

Sí, los Hikikomori.

Hikikomori es un término acuñado en 1998 por Saito Tamaki y se refiere tanto al individuo como al fenómeno en sí. El psiquiatra japonés lo describió en su libro “Adolescencia sin fin”.(1) Allí da cuenta de personas que se convertían en reclusos en su propia casa durante al menos seis meses. Los individuos con este síndrome no presentaban otros síntomas psiquiátricos que pudieran explicar el fenómeno de aislamiento social y no encontraba una correspondencia directa con las clasificaciones diagnósticas occidentales (DSM, CIE10). Saito ideó la palabra **hikikomori** a partir de *Hikikomoru*, un verbo compuesto ya existente que está formado por dos caracteres en el japonés original (acá hay confiar en

la fuente): *hiku* (retraer o retroceder) y *komoru* (aislarse) (14)

Desde su primera descripción hasta la actualidad los casos han ido en aumento y el aislamiento ya no es una excepción en la sociedad japonesa: **superan el millón de personas**. En una encuesta nacional de Japón del 2015 se estimaron 541.000 hikikomoris de edades comprendidas entre los 15 y los 39 años. En 2018 se realizó otra encuesta a personas de 40 a 64 años que estimó que 613.000 personas en ese rango de edad viven como auto-recluidos sociales.(2,3,22) Tampoco parece ser un fenómeno transitorio: en esta misma encuesta más de la mitad de los hikikomori respondieron que lo habían sido durante más de 5 años, el 12,7 % durante 20-29 años y 6,4 % dijo que lo había sido durante 30 años o más.

En una revisión de este año (4), Kato y cols. proponen criterios diagnósticos para enmarcar al también llamado, **re-traimiento social patológico**. Estos criterios incluyen: a) marcado aislamiento social en el hogar; b) duración del aislamiento social continuo de al menos 6 meses; c) deterioro funcional significativo o angustia asociada con el aislamiento social. *Pre-hikikomori* serían aquellos que tienen aislamiento social de al menos 3 meses pero sin llegar a 6. También existe la categoría de *semi-hikikomori*, que no cumplen con todos los criterios propuesto o formas leves en las que hay salidas ocasionales en la semana (14). En su mayoría quienes tienden a aislarse son **varones** y predominantemente **hijos únicos o primogénitos**. La edad de inicio típica suele ser la adolescencia o la edad adulta temprana aunque también se ha descrito en ancianos. En estos últimos se asocia con el **kodokushi** o muerte solitaria, otro extendido fenómeno japonés de personas que mueren solas y nadie se anoticia durante un largo período de tiempo. Si bien el eje central está puesto en la reclusión en el hogar, se ha eliminado el requisito de evitar situaciones y relaciones sociales. Kato (4) señala que aunque es característico que tengan pocos vínculos significativos muchos niegan evitar

la interacción social (diferenciándose de la Ansiedad Social).

Los amigos que aseguran tener, en su mayoría son personas que no conocen por fuera de juegos online y redes sociales (14). Como las sociedades orientales son de las más hiperconectadas, podría pensarse que los *hikikomoris* reemplazan la vida social por una vida virtual. En este punto la información disponible se vuelve contradictoria. Por un lado la mencionada encuesta muestra que las personas retraídas socialmente usaban Internet o jugaban a videojuegos **menos** que la población general. En los relatos de lo que hacen los *hikikomori* mientras están encerrados se incluyen informes de que no hacen “nada en absoluto” (5,6). Por otro lado, modestos reportes (7,8) han sugerido resultados positivos para la asociación entre adicción a internet, teléfono inteligentes y juego online con las tendencias de aislamiento. En dichos estudios se plantean modelos conceptuales de dos vías: el aislamiento social patológico crea adicción a internet y/o el uso excesivo de internet crea *hikikomori*.

En revisiones posteriores a la primera definición de Saito la ausencia de patologías psiquiátricas se puso en duda. Se postuló entonces que algunas personas que cumplieran con los criterios de propuestos poseían primariamente condiciones que explicaban su conducta (14) o comorbilidades psiquiátricas vinculadas. Encontrándose en mayor frecuencia asociación con los trastornos psicóticos y depresivos, seguidos por los trastornos de ansiedad y de personalidad. Además proponen a este fenómeno como una **conducta parasuicida**, por lo que lo consideran como factor de alto riesgo para el suicidio. (14)

En Japón, la ruptura de las interacciones sociales parece no ser una novedad y se ha tomado como una forma particular de vida. Los reclusos en la montaña y los ermitaños han constituido entidades misteriosas a lo largo de la historia cultural del país. Los actuales hikikomoris son personajes que

suelen aparecer en las producciones creativas más conocidas de Japón: el *manga* (novelas gráficas) y el *anime* (series de animación), siendo protagonistas de algunas de ellas. *N.H.K. ni Yōkoso!* es un anime con bastantes adeptos que originalmente fue publicada en versión gráfica. Esta serie no sólo muestra la vida de un *hikikomori* desde sus pensamientos y fobias sino que busca realizar una crítica a la sociedad comunicada y al bombardeo diario de publicidad y contenido superficial en los medios. Otro ejemplo es *Chaos;Head*, donde el protagonista se define a sí mismo como *otaku* (fanático) e *hikikomori*. Este anime, con un tono más fantástico y de suspenso tiene su versión original en un videojuego del mismo nombre. *Rozen Maiden* y *Eromanga Sensei* son otros ejemplos de anime con esta temática. Las series de animación y las historietas son productos de consumo masivo en Japón y traspasando fronteras llegan al resto de los países. Es a través de ellos que el resto del mundo suele conocer algunas características de la sociedad nipona, no es de extrañar entonces que el primer acercamiento a los fenómenos culturales de este país sea a través de estas expresiones artísticas. Existen también publicaciones virtuales creadas por grupos de *hikikomoris* y *ex hikikomoris*: *Hikikomori News* y *Hikipos*. En ellas apelan a compartir sus experiencias en pos de ser comprendidos (22). En *Hikipos* incluso puede leerse una entrevista con un *hikikomori* Argentino.

El contexto japonés

La sociedad nipona viene teniendo un envejecimiento poblacional sostenido. Característicamente tiende a formar grupos y estructuras sociales que se arraigan en los preceptos confucianos. Para los estudios de psicología cultural (9) en entornos conformistas, las estructuras y prácticas sociales motivan a los individuos a adaptarse a la situación en lugar de influir en ella y a mantener la armonía social en lugar de interrumpirla destacándose. También evidencian la tendencia

a afirmar la interdependencia con los demás en lugar de propiciar la independencia personal. Desde este punto de vista, Japón es una de las sociedades conformistas por excelencia.

Uno de los valores sociales imperantes es el **sekentei**, la reputación social y la consiguiente presión que implica mantener estándares en y para la comunidad. Otro factor cultural es la **amae**, una dependencia permisiva que caracteriza las relaciones japonesas. Este complejo concepto se relaciona con la creencia que los padres lo perdonan todo y es una de las herramientas para mantener la armonía en la sociedad (10,11,14)

La costumbre dice que los hombres no suelen mudarse de la casa familiar, mientras que las mujeres jóvenes tradicionalmente viven con sus padres hasta el matrimonio y al casarse toman las responsabilidades de la familia del marido. El sistema de perpetuación familiar tiene suma importancia. El apoyo para los hijos espera ser retribuido por respeto y honor, el deber de los hijos (varones) es cumplir con su rol social de conseguir un trabajo, casarse y de cuidarlos en la vejez. (12,13). Otro de los valores característicos es el **haji** (vergüenza). Para esta sociedad, cuando uno se encuentra en una situación vergonzosa el querer desaparecer es un comportamiento considerado virtuoso. El ejemplo extremo de las consecuencias del *haji* es el *seppuku o harakiri*, suicidio ritual que realizaban los samurais. Hay quienes interpretan el aislamiento social de los hikikomori como un equivalente de este ritual (14).

El sistema educativo japonés tiene fama de rígido y altamente exigente. Es valorado por permitir las condiciones para conseguir buenos empleos e ir moldeando las expectativas familiares. Aquellos adolescentes con fracaso escolar, tímidos, sin muchas habilidades sociales y que reciben *bullying* son quienes comienzan a aislarse (15). En la reciente historia japonesa hubo un quiebre económico y social. Aquella generación de padres de clase media que habían disfrutado de una carrera exitosa se encontraron durante los 90 criando sus hijos en una

economía en picada y en medio de una creciente inestabilidad laboral (13, 16). Se gestó así una nueva generación de jóvenes en la que sólo una parte encontraba trabajos satisfactorios, los jóvenes de la llamada “década perdida” (18). A esto se le suma la creciente globalización y la permeabilidad a los valores individualistas occidentales.

“...El estancamiento económico y la globalización están haciendo que las tradiciones colectivistas y jerárquicas de Japón entren en conflicto con la visión más individualista y competitiva de Occidente. Los padres japoneses sienten una fuerte obligación de apoyar a los niños pase lo que pase y a menudo, la vergüenza les impide buscar ayuda...” dice Kato en una entrevista a la BBC (13).

Si bien el fenómeno de los *hikikomori* es reconocido como un **síndrome cultural**, en diferentes estudios se reportaron casos en Estados Unidos, China, España, Francia y Brasil. De hecho, se propone pensarlo como un **síndrome ligado a la sociedad moderna**. Aunque con sus diferencias, muchas veces se ve relacionado al fenómeno de los hikikomori con el término británico **NEET** (Not in Employment, Education or Training) equivalente al español **NiNi** (ni trabaja, ni estudia) (9,13). Términos utilizados en las últimas décadas para describir a los jóvenes que habiendo terminado sus estudios básicos no tienen trabajos estables y siguen viviendo con sus padres (11,12,17).

En suma, el caldo japonés para la irrupción de los *Hikikomoris* tiene ingredientes que incluyen fuertes valores sociales y familiares. Hay una fuerte presión para que el joven nipón forme una familia, tenga trabajo y cumpla con todas sus obligaciones. Todas estas normas que eran aceptadas de forma natural por las generaciones anteriores, parece que resultan asfixiantes para algunos de los jóvenes actuales. Es posible que la condición de hikikomori surja como una estrategia de afrontamiento frente a situaciones de estrés. La reclusión aparece

entonces como un alivio, una línea de fuga que los confina en sus cuartos donde no les juzgan ni demandan.

Saito ha tuiteado *“Gracias a la nueva epidemia del corona, se puede ver qué tan fuerte es un hikikomori”* y es tomado por un artículo de la Revista Hikipos. Allí plantean: *“La propagación del coronavirus ha confundido los sistemas sociales y la vida cotidiana. Sin embargo, durante el desastre, creo que podríamos echar un vistazo a las posibilidades futuras que revelan el hecho de que la estructura del mundo está cambiando”*. Reivindican el estilo de vida a lo hikikomori y auguran que este puede ser el estándar de vida futuro.

Por lo pronto, la propia casa es un refugio. Para los “desadaptados” *hikikomoris* y para el resto que hace cuarentena para evitar contagiarse del coronavirus.

1 Saitō, T., & Angles, J. (2013). *Hikikomori: Adolescence without end*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

2 Hacia los 10 millones de ‘hikikomori’: la visión de Saitō Tamaki

3 Japón tiene más de un millón de ‘hikikomori’

4 Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2020). Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 116–117.

5 Dzieszinski, J (2003) Hikikomori: The Problematic of Escape and Isolation of the Modern Culture from Social Reality to Digital Orientations

6 Harding, C. (2018). Hikikomori. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 28–29. doi:10.1016/s2215-0366(17)30491-1

7 Kato, T. A., Shinfuku, N., & Tateno, M. (2020). Internet society, internet addiction, and pathological social withdrawal. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(

8 Tateno, M., Teo, A. R., Ukai, W., Kanazawa, J., Katsuki, R., Kubo, H., & Kato, T. A. (2019). Internet Addiction, Smartphone Addiction, and Hikikomori Trait in Japanese Young Adult: Social Isolation and Social Network. *Frontiers in psychiatry*, 10, 455. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00455>

9 Toivonen T, Norasakkunkit V, Uchida Y. Unable to conform, unwilling to rebel? Youth, culture, and motivation in globalizing Japan. *Front Psychol* 2011;2:207

10 Malagón-Amor, Á., Martín-López, L. M., Córcoles, D., González, A., Bellsolà, M., Teo, A. R., Bulbena, A., Pérez, V., & Bergé, D. (2020). Family Features of Social Withdrawal Syndrome (Hikikomori). *Frontiers in psychiatry*, 11, 138.

11 Romero, M. (2019). Hikikomori. Las voces silenciosas de la sociedad japonesa. *México y la cuenca del pacífico*, 8(23), 123-138

12 De la calle Real, M y Muñoz Algar, M. Hikikomori: el síndrome de ais-

lamiento social juvenil. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2018, vol.38, n.133, pp.115-129. ISSN 2340-2733

13 Kremer W. Hammond C. “Hikikomori”: por qué tantos japoneses no quieren salir de sus cuartos.BBC. 5 julio 2013 “Hikikomori”: por qué tantos japoneses no quieren salir de sus cuartos

14 Kato T, Kanba A, Teo A. Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. Psychiatry Clin Neurosci. 2019 Aug;73(8):427-440.

15 Sánchez Rojo, A. (2017). El fenómeno hikikomori: tradición, educación y tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Arbor, 193 (785): a405.

16 Gent E .Qué son los “hikikomori”, los cientos de miles de jóvenes que viven sin salir de sus cuartos BBC Future

17 Sugai M. Hikikomori; an anthropological overview. February 2016

18 Caryl C. Depende: La década perdida de Japón 08 abril 2009 » Depende: La década perdida de Japón

19 Antonelli N. Los hikikomoris latinoamericanos. BBC UK. 27 de octubre de 2008 BBC Mundo | Cultura y Sociedad | Los hikikomoris latinoamericanos

20 Peñas E. Hikikomoris o los ermitaños del siglo 21.Ethics. 4 de febrero 2016.Hikikomori o los ermitaños del siglo XXI - Ethic

21 Why won't 541,000 young Japanese leave the house?

22 Mckirdy, Andrew (2019) The prison inside: Japan's hikikomori lack relationships, not physical spaces. Tokio, Japon. JapanTimes.



Lo que llamábamos droga ahora será llamado psicofármaco

Javier Fabrissin

Las drogas recreativas, muchas veces con origen en los laboratorios de la industria o el Estado, y luego reproducidas y perseguidas en la clandestinidad, vuelven a las esferas de la salud por la puerta grande (o al menos la lateral)

Nota: en el medio de la escritura del presente artículo apareció en el *American Journal of Psychiatry* un trabajo llamado “Psicodélicos y terapia asistida por psicodélicos” (1) firmado por varios especialistas, entre los que se encuentra Charles Nemeroff, y con el respaldo del “*Work Group on Biomarkers and Novel Treatments, a Division of the American Psychiatric Association Council of Research*”. Se trata de una revisión precisa sobre el tema, actualizada, comentada con claridad, etc., que la convierte en rápidamente recomendable. El problema que me creó fue que compilaba, con mucha mayor destreza y amplitud, los trabajos que, por mi lado, estaba revisando y comentando para este artículo. Al leerlo, tuve la sensación agri dulce de la coincidencia y placer por el artículo pero también el carácter inútil que adquiriría lo que venía redactando. Decidí torcer un poco la idea original, escalando por unas ramas secundarias, y remitir al American Journal.

Introducción

Entre medio de la polvareda levantada en torno a la inclusión cada vez más *mainstream* del cannabis medicinal y de la

esketamina como parte de los recursos terapéuticos psiquiátricos, vienen cabalgando muchos otros compuestos con la potencialidad de atravesar el umbral de la clandestinidad que les reserva el nombre de *drogas* e irrumpir bajo la luminaria incandescente del rótulo de *fármaco*.

Demos un vistazo, entonces, a algunas de estas sustancias, sintéticas o naturales, que se preparan para salir de los suburbios de la ilegalidad.

Psicodélicos y otras drogas

Psilocibina, ibagaína, mescalina, ayahuasca, LSD, éxtasis, de esto estamos hablando, de compuestos llamados “psicodélicos” y que, de acuerdo a sus perfiles y estructuras químicas, se pueden dividir en cuatro clases (1):

-psicodélicos clásicos (agonistas de los receptores 5-HT_{2A}): LSD, psilocibina.

-empatógenos o entactógenos (inhibidores y liberadores mixtos de serotonina y dopamina): MDMA, es decir éxtasis, con lo que nos alejamos de la clásica idea de un alucinógeno.

-agentes anestésicos disociativos (antagonistas del NMDA): ketamina, fenciclidina

-alucinógenos atípicos que afectan múltiples sistemas de neurotransmisores: bolsa de gatos.

Hasta hace un tiempo, la mayoría de nosotros no habría dudado en denominarlos “drogas” y, de hecho, desde el punto de vista legal, así sigue siendo ya que sobre éstos se aplican, desde hace décadas, restricciones o prohibiciones a su producción y circulación.

En efecto, a comienzos del siglo XX, la preocupación por el inmanejable uso del opio condujo a que varios países se reunieran para conformar el “Consorcio Internacional sobre el Opio” (La Haya, 1912), promulgando medidas contra el comercio internacional de dicho producto. Luego de éste, existieron varios Tratados tendientes a regular la comercialización y consumo de diferentes sustancias de abuso, pero recién para el año 1961, y fogueado por los EEUU, las Naciones Unidas

impulsan la “Convención Única sobre Drogas Narcóticas”, seguida por la “Convención sobre Sustancias Psicotrópicas” (1971) y la “Convención contra el tráfico ilícito de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas” (1988). Estos tres acuerdos, entre otras cosas, proponen establecer medidas de control internacionales (aunque matizadas luego en las diferentes jurisdicciones nacionales) con el propósito de asegurar que las sustancias psicoactivas estén sólo disponibles para propósitos médicos y científicos, previniendo que circulen por canales ilegales.

En las Convenciones de 1961 y 1971, las sustancias controladas se clasificaron en cuatro listas (*schedules*), de acuerdo a su valor terapéutico y al potencial riesgo de abuso. Las drogas de clase A (o I) se definen como sustancias o químicos que:

- tienen un alto potencial de abuso
- no tienen una indicación médica aceptada para su uso
- carecen de seguridad para el uso aún bajo supervisión médica.

Se trata de más de 100 sustancias, incluyendo todas las que enumeramos al comienzo del apartado.

La lista fue y seguirá cambiando, pero el asunto es que estas sustancias quedaron marginadas y la exploración de sus potenciales aplicaciones en el campo de la salud se vio comprometida, teniendo por efecto el cese de las investigaciones sobre estos productos (excepto por parte de ciertos grupos marginales), en un desinterés y desvío hacia otras investigaciones con mayor potencial o con menos complicaciones, y en un aumento del costo a invertir en el caso que se quisiera investigar estos productos de manera legal, dadas las complicaciones para obtenerlas, producirlas y contar con la autorización gubernamental para emplearla en ensayos clínicos.

Está claro que esto no fue así siempre. Albert Hofmann, quien sintetizó el LSD en la década de 1940, convenció a su laboratorio, Sandoz, de que no se cobrara el uso y la experi-

mentación de este nuevo producto, de modo que cualquier investigador pudiera investigar sus propiedades y sin tener que pagar por ello. Entre 1945 y 1967 (año en que fue prohibido el LSD), se registraron más de 130 solicitudes para investigar el LSD, ¡financiadas por el propio Gobierno de los EEUU, que luego se encargaría de prohibirlo o de usarlo en contextos bélicos! De 1967 en adelante, se interrumpió la investigación científica de éste y otras moléculas semejantes y quien tuviera ganas de incursionar en este campo debe costear engorrosas y onerosas sumas.

¿Cuánto cuesta la producción del MDMA (éxtasis)? Veamos en números concretos lo planteado.

El MDMA es un producto de Clase A cuya patente está caduca, por lo que quien quiera producirlo legalmente, no debería pagar derechos de autor. Aun así, de acuerdo al presupuesto blanqueado en uno de los ensayos clínicos más relevantes sobre este producto, 1 kilogramo de MDMA costó U\$ 400.000. La mitad del valor corresponde al costo de manufactura que se le paga al laboratorio que produce el compuesto (el cual, tiene que estar autorizado gubernamentalmente para hacerlo); la otra mitad corresponde a costos de papeleo, vinculados con la celosa burocracia que implica la solicitud de la licencia para poder hacer un ensayo con productos de Clase A. Téngase en cuenta que el MDMA se estudia para ser usado en la modalidad de Psicoterapia asistida por MDMA y que, para cada sesión, la dosis varía entre 100mg. a 175mg. Por lo tanto, cada sesión costaría unos u\$ 60 en MDMA. En general, los protocolos usan el MDMA en dos o tres sesiones para cada paciente (120 a 180 dólares de MDMA para un tratamiento completo...) pero a todo esto aún hay que sumarle los gastos inherentes a la infraestructura, la logística para poder implementarlo, el personal involucrado, etc.

Tratamientos de elite

Si seguimos el hilo de lo planteado en el apartado de arriba, nos encontramos con que un punto en común para estos nuevos métodos terapéuticos, es que junto con la administración del fármaco-droga, se debe poner en marcha un rígido protocolo de seguridad y de acompañamiento al paciente, un encuadre terapéutico específico y una serie de requerimientos edilicios que eleva los costos del tratamiento y resulta en una consecuencia inmediata: no van a estar al alcance de cualquier paciente, por más ayuda o subvención que se otorgue por parte del laboratorio patrocinante de alguno de estos productos (como ser el caso de la esketamina, que absorbe costos de acceso al fármaco).

... Pero tampoco estos nuevos tratamientos van a estar al alcance de cualquier psiquiatra que quiera avenirse a la nueva ola, excepto que cuente con un respaldo económico suficiente para poner en marcha toda la maquinaria ad hoc a estos procedimientos.

Volviendo a la psicoterapia asistida por MDMA. Ésta se maneja en base a un protocolo que incluye hasta 3 sesiones con MDMA (usualmente son dos) y hasta 12 sesiones de psicoterapia sin MDMA. Las sesiones de “psicoterapia” + MDMA tienen una duración de 8hs., y participan dos terapeutas (las comillas son porque tienen poco de psicoterapia clásica y más de acompañamiento chamánico). Entre cada sesión de “psicoterapia” + MDMA se dejan pasar unos 30 días, pero en el medio hay sesiones de integración y durante una semana, luego de cada aplicación de MDMA, se lo llama al paciente por teléfono a ver cómo siguió. O sea, casi una internación parcial o un hospital de día.

Además, el protocolo indica que a los pacientes se les ofrece máscaras para los ojos y auriculares para los periodos de “atención focalizada hacia el interior”, pudiendo escuchar canciones instrumentales para acompañar el proceso. Una vez que los efectos del MDMA remiten, los pacientes pueden comer y se quedan a pernoctar en la clínica con alguien de guardia

en el cuarto de al lado. A su vez, la habitación de la terapia está “cuidadosamente amoblada para que parezca un cómodo living”. Debe tener cortinas que creen privacidad y permitan que ingrese luz natural por la parte de arriba de las ventanas, permitiendo que los pacientes “vean el cielo y la cima de los árboles”. La iluminación debe provenir de lámparas de bajo brillo; la habitación debe tener plantas, flores frescas, un sofá que se pueda convertir en cama durante las sesiones de 8 horas, dos mesas y dos sillas de respaldo alto para los dos terapeutas, puede haber tapetes coloridos que cubran parte del piso de madera y varias pinturas que decoren las paredes. Un pequeño escritorio y una biblioteca se ubican en una esquina y hay una caja de seguridad para el almacenamiento de la droga.

A la mañana siguiente de la administración del MDMA, se realiza la primera de tres sesiones de integración. El propósito de ésta es evaluar el estado mental del paciente y su estabilidad, y facilitar la asimilación de las experiencias y la introspección ganada durante la sesión de terapia. Una vez en su hogar, se le realizan llamadas telefónicas de entre 15-60 minutos durante los primeros siete días de la sesión. Dos sesiones de integración adicionales se efectúan antes de la siguiente sesión con MDMA.

Todo este abordaje terapéutico manualizado (2) es una modificación de los trabajos precursores con psicodélicos adaptado para su uso con MDMA. Durante las sesiones bajo los efectos del MDMA, los terapeutas no llevan agendas de sesión y “permanecen curiosos, abiertos, atentos al desarrollo de la experiencia del paciente”. Tanto como sea posible, siguen el proceso del paciente y respetan su tiempo, creando un sentido de seguridad y transmitiendo confianza en la capacidad interna del paciente para llegar a la curación: básicamente no hacen nada.

Como se podrá entender, no se trata de terapias para todos.

El tema de los honorarios a desembolsar para la aplicación de este tipo de terapéuticas, llevó a que, por ejemplo, a

partir de un análisis de costos, en el Reino Unido no se recomendara el uso de la esketamina para el tratamiento de la depresión resistente (Esketamine for treating treatment-resistant depression. 18 February 2020. <https://www.nice.org.uk/consultations/839/1/recommendations>). El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido planteó que “la esketamina en conjunción con un ISRS o un IRSN no está recomendado [...] para el tratamiento de la depresión resistente” [...] “cuánto más beneficio provee es incierto porque no existen comparaciones directas entre este tratamiento y un AD más psicoterapia o TEC.” [...] “Los costos de cursos repetidos de tratamiento con esketamina son desconocidos así como los costos de proveer los servicios clínicos para el uso de la esketamina. Las estimaciones de costo-efectividad de la esketamina probablemente son mucho más elevadas que lo que el NICE habitualmente considera un uso costo-efectivo de los recursos del Servicio Nacional de Salud (NHS). Por lo tanto, no puede ser recomendado.”

Esta es la estimación de costos que hace el NICE. £163 cada dispositivo de 28 mg. De acuerdo al régimen indicado, cada sesión de esketamina supone la administración de una dosis de 56 mg. (2 dispositivos x 28 mg., £326) o de 84 mg. (3 dispositivos x 28 mg., £489). A eso se le agrega el resto de los costos, lo que da un promedio de £10.554,25 por cada curso de terapia con esketamina. Por lo tanto, por cada QALY ganado, se requeriría una inversión de entre £55.027 a £62.078, variación que obedece al número de enfermeros que debería requerirse por sesión de esketamina (un enfermero cada 6 pacientes o un enfermero por paciente).

Compuestos sin patentes

El LSD fue sintetizado en 1938, el MDMA en 1912. Esto implica que no tienen ya patentes activas que impongan el pago de un canon por derechos de autoría a la compañía que lo desarrolló originariamente. Por otra parte, los produc-

tos de origen natural, como el cannabis, los hongos *mágicos* (de donde se extrae la psilocibina), la mescalina del peyote, la ibogaína, etc., lógicamente no pueden patentarse. Están libres de impuestos.

Esta faceta es muy interesante por cuanto podría considerarse como una sustancial diferencia con respecto a los procesos de desarrollo habituales que sigue un producto para, eventualmente, alcanzar la autorización de fármaco pasible de ser comercializado. Es decir, lo usual es que una compañía farmacéutica afronte los costos inherentes a la investigación y desarrollo de un nuevo producto mientras se encuentra protegida por la Ley de Patentes, la cual impide que otra empresa pueda sintetizar dicho producto y comercializarlo por su lado (excepto que se pague a la empresa desarrolladora inicial). En el caso de los EEUU, desde el momento en que una compañía completa el formulario avisando a la FDA que va a ponerse a investigar un determinado compuesto, dispone de 20 años durante los cuales sólo ella puede investigar, desarrollar y comercializarlo.

Que exista una cadena de desarrollo alternativa de medicamentos que eluda las reglas habituales de la industria farmacéutica puede sonar tentador, liberador, emancipador, pero es poco probable que estos productos ganen terreno en la práctica clínica habitual sin que sean, de algún modo u otro, reinsertos en la lógica del mercado (acaso con ganancias menores monopólicas... y de menores montos). Porque no sólo cambiando de lugar de un enlace molecular, o separando un compuesto racémico en uno de sus estereoisómeros (de la ketamina a la esketamina) sino también la invención de un método de extracción o producción de algún principio activo del cannabis, una forma de presentación original de la mescalina, la aplicación de una psicoterapia manualizada para la administración de alguno de estos productos, cualquier ingrediente novedoso que se le agregue a estos productos, cualquier valor agregado que marque una diferencia, podría dar lugar a que los productos en sí mismos o su forma de utilización queden

resguardados por la Ley de Patentes y que obtengan un beneficio, sea una industria farmacéutica o alguna asociación sin vinculación con la industria.

Sea como sea, más tarde o más temprano, los costos de los tratamientos no van a descender.

La “Asociación multidisciplinaria para estudios psicodélicos” y el MDMA

Un grupo de heterogéneos profesionales provenientes desde diferentes disciplinas dieron nacimiento, por el año 1986, a la “Asociación multidisciplinaria para estudios psicodélicos” (Multidisciplinary Association for psychedelic studies, MAPS, www.maps.org). Se trata de una agrupación con fines académicos y de investigación, sin ánimo de lucro, que “desarrolla contextos (¿desarrollo de contextos?) culturales, legales y médicos para que las personas se beneficien del uso cuidadoso de drogas psicodélicas y de la marihuana”. (De paso podríamos decir que no sólo se benefician las personas: para el año fiscal 2016-2017, MAPS tuvo ganancias netas de U\$ 15.135.003, ¡y eso que aún no cuentan con ganancias derivadas de la comercialización de ningún producto o paquete terapéutico!

Básicamente lo que hacen es conseguir fondos y gestionar la aprobación legal para la investigación de sustancias listadas como ilegales para el gobierno de los EEUU. Actualmente, MAPS impulsa, acompaña o financia, según el caso, la investigación de una serie de sustancias, dentro de los que se incluye el uso medicinal de la marihuana, la psicoterapia asistida por LSD, terapia con ibogaína para el tratamiento de las adicciones, tratamiento asistido por ayahuasca, psicoterapia asistida por MDMA... y muchos otros: ketamina, kratom, mescalina, psilocibina, salvia divinorum. De todos los compuestos investigados por esta Asociación, la que picó en punta fue el Éxtasis, perdón, el MDMA, para ser empleado en la terapia asistida por MDMA.

Terapia asistida por MDMA: terapia de innovación

En agosto del 2017, MAPS obtuvo la designación de Terapia de Innovación (Breakthrough Therapy Designation, BTB) de la FDA para la psicoterapia asistida con 3,4-methylenedioxymethamphetamine (o MDMA, o éxtasis) para el tratamiento del Trastorno por Estrés post-traumático. (3) Con esto, se permite el pase de ensayos clínicos de Fase 2 a ensayos clínicos de Fase 3. La designación de terapia de innovación supone que el sponsor está investigando un producto que aspira a tratar una patología seria o grave para la vida, con evidencia preliminar (los estudios de fase 2) que avalan una ventaja sustancial respecto de los tratamientos existentes. En el caso que hablamos, esta evidencia preliminar proviene de seis ensayos de Fase 2 financiados por MAPS, llevados a cabo entre el 2004 y el 2017.

El MDMA no es una droga

En la sección de preguntas frecuentes de MAPS, está la siguiente: “¿Es lo mismo MDMA que éxtasis?” Respuesta: “No. MDMA no es igual a éxtasis. Las sustancias que se venden ilegalmente en el mercado negro bajo el nombre de éxtasis a menudo contienen MDMA, sí, pero frecuentemente también contienen ketamina, cafeína, benzodiacepinas y otros narcóticos y estimulantes. En Estudios de laboratorio, el MDMA puro –pero no el éxtasis– ha demostrado ser suficientemente seguro para el consumo humano cuando se lo toma una limitada cantidad de tiempo y en dosis moderadas”.

¿Qué es entonces el MDMA y cómo funciona?

Lo que nos dicen, intentando una fusión entre un lenguaje técnico y coloquial, es que el MDMA es una feniletilamina modificada, que promueve la empatía y la compasión por uno mismo y los demás. El MDMA estimula la liberación de serotonina, noradrenalina y dopamina, y puede actuar de manera directa sobre receptores adrenérgicos, colinérgicos y serotoninérgicos. Además, eleva los niveles de oxitocina, efecto mediado de forma directa o indirecta por acción sobre los receptores

5HT1A, 5HT2A y 5HT4, pero que también aumenta los niveles de prolactina, vasopresina, ACTH y cortisol. Hasta hace un tiempo creo que se decían de un fármaco que hacía todas estas cosas que es un fármaco “sucio”.

¿¡Qué se puede sacar en limpio de todo eso?!

Esto nos dicen los autores: el MDMA posee un perfil farmacodinámico único que incluye un incremento de la empatía emocional, del sentimiento de cercanía interpersonal, mayor conducta pro-social y un incremento en la habilidad para tolerar recuerdos perturbadores y menor malestar en respuesta a la exclusión social.

Ajá, ¿pero y por qué funciona? Aparentemente el MDMA aumenta la extinción del miedo, la re-consolidación de los recuerdos, incrementa la alianza terapéutica, amplía la ventana de tolerancia ante pensamientos o experiencias que producen malestar y re-abre o aumenta un periodo crítico para la experimentación de recompensa social.

Y los autores concluyen tentativamente (el oxímoron es propio de la jerga científica): es probable que estos efectos del MDMA incrementen la efectividad de la psicoterapia. La propia Rachel Yehuda dice que “la psicoterapia asistida por MDMA ha demostrado una eficacia terapéutica superior que cualquier otra psicoterapia o medicación para el TEPT” y que, “a diferencia de otras terapia, la reducción sintomática se mantuvo luego de un único curso de tratamiento en la mayoría de los pacientes. Y los efectos duraron: más de dos tercios de los pacientes continuaban sin TEPT un año después del tratamiento”. (<https://inside.mountsinai.org/blog/five-things-to-know-about-mdma-assisted-psychotherapy-for-ptsd/>).

En una época en la que se quiere profundizar y profundizar más en el conocimiento de los mecanismos biológicos íntimos que subyacerían a los trastornos mentales, viene un producto que hace un poco de todo en el cerebro, de manera indiscriminada, y aun así superaría lo que ya existe. Si todo va bien, tendremos el florecimiento de clínicas de psicoterapia asistida por MDMA para el 2022.

Jabones Flotadores

No quisiera que pase desapercibido en una nota al pie, por eso lo inserto aquí como una enfática recomendación, que uno de los miembros actuales del comité ejecutivo de MAPS es el Dr. David Bronner, quien es también el presidente ejecutivo de una fábrica de jabones legendaria de los EEUU, la Dr. Bronner's Magic Soaps (<https://www.drbronner.com/>), que en los años '70 logró combinar la fabricación de jabones naturistas con una ristra de creencias esotéricas y espirituales. Recomendando que visiten la página y se adentren en la historia de esta empresa. No pude confirmar si el Dr. Bronner es médico de verdad, pero sí que tiene un gran sentido del humor, que se expresa en su manera de presentarse: "David Bronner is Cosmic Engagement Officer (CEO) of Dr. Bronner's Magic Soaps".)

Instituto Usona y Psilocibina

A fines de noviembre del 2019, la FDA le otorgó la designación Terapia de Innovación al programa desarrollado por el Instituto Usona (<https://www.usonainstitute.org/>) para el uso de la psilocibina para el tratamiento del trastorno depresivo mayor (<https://www.businesswire.com/news/home/20191122005452/en/FDA-grants-Breakthrough-Therapy-Designation-Usona-Institutes>). El Instituto Usona es otra de estas asociaciones sin fines de lucro cuyas páginas se parecen a anuncios de locales de spa, que se "especializó", en el estudio de la psilocibina.

La psilocibina, también estudiada por Hoffmann y comercializada por Sandoz en la década de 1940, es un producto que se extrae de los "hongos alucinógenos" u "hongos mágicos", inmortalizada en ese horripilante tema de Las Manos de Filippi. Hay dos líneas de investigación principales en relación con la psilocibina. Una es la aplicación de este compuesto para el tratamiento de la ansiedad y la depresión asociada al térmi-

no de la vida (o sea, a la proximidad de la muerte) y la otra para la depresión resistente.

Ansiedad y depresión asociada al término de la vida.

Respecto de la primera aplicación, en un renombrado estudio, que granjeó un hiato terapéutico para la psilocibina, se empleó este compuesto en pacientes con cáncer terminal con síntomas de ansiedad y/o depresión (4). El procedimiento consistió en la administración de dos dosis de psilocibina, una dosis baja (1 o 3 mg) que oficiaba de placebo y una dosis alta (22 o 30 mg), suministrada cada 5 semanas y con un seguimiento de 6 meses. La dosis alta o terapéutica de la psilocibina produjo mayores reducciones en las escalas auto y heteroadministradas de depresión y ansiedad, junto con un incremento en la calidad de vida, en encontrarle sentido a la vida, en optimismo y en disminución de la ansiedad ante la muerte. A los 6 meses, el 80% de los pacientes mantuvo la reducción sintomática.

Me resulta difícil contener algún comentario respecto de este estudio, o de otros semejantes. Básicamente lo que dicen es que una persona que se está muriendo, que sabe que se va a morir en un plazo más o menos cercano, que desarrolla “ansiedad o depresión”, puede recuperarse de esa ansiedad y depresión gracias a, y lo voy a poner en estos términos poco amable, ser drogado. No sé, quizás yo también prefiera sentirme en otra condición mental y espiritual, suena raro, pero si el camino no se tuerce, será una nueva prescripción autorizada.

Psicolocibina para la depresión resistente

La otra línea de investigación es el uso de la psilocibina para la depresión resistente (5). Varios estudios demostraron mejoría en los síntomas depresivos luego de la aplicación de la psicoterapia asistida por psilocibina (6). Son investigaciones abiertas, pequeñas, que plantean algo semejante a lo que ya se vio para la esketamina: alivio más rápido, dentro de la primera semana y que se sostiene, hasta ahí, no del todo, hasta a los 6

meses posteriores. Como decíamos más arriba en relación con el MDMA, pequeños estudios de este tipo lleva a que también la psilocibina adquiriera el título de Terapia de Innovación, en este caso para la depresión resistente.

Otras situaciones clínicas para las que viene siendo estudiada la psilocibina

Las aplicaciones de la psilocibina no quedan limitadas a estas dos indicaciones (ansiedad y depresión asociada al término de la vida y depresión resistente). Un repaso a vuelo de pájaro nos dice que el 80% de las personas con hábito tabáquico de larga data pudieron mantener una abstinencia a los 6 meses del seguimiento luego de dos sesiones con psilocibina (7), también, como alguna vez lo hizo el luego co fundador de Alcohólicos Anónimos utilizando LSD, la psilocibina se empleó para la dependencia alcohólica (8), para la anorexia nerviosa, la Enfermedad de Alzheimer, para el tratamiento del TOC (9).

¿Cómo trabaja la psilocibina? ¿Cuál es el mecanismo por el que hace efecto la psilocibina (y otros psicodélicos)?

Si los psicodélicos quieren ingresar en la arena del rigor científico, asumiendo los mismos principios (al menos el principio de que resulta importante conocer el mecanismo de acción) que sus primos con licencia para ser recetados, se van a topar con las mismas falacias o explicaciones parciales, pero cumplir con la máxima de conocer el mecanismo de acción no da la impresión de que vaya a aportar demasiado.

Tomemos como ejemplo algunas de las explicaciones que se vertieron acerca del mecanismo de acción de la psilocibina:

Explicación 1: Los mecanismos neuropsicofarmacológicos de los efectos terapéuticos de la psilocibina permanecen especulativos. La psilocina, metabolito activo de la psilocibina es un agonista 5-HT_{2A} que afecta directa e indirectamente

varias áreas corticales y subcorticales y altera las dinámicas de la red cerebral, pero cómo esto produce efectos terapéuticos permanentes aún está por establecerse (4).

Explicación 2: El tratamiento con psilocibina se cree que ayuda a flexibilizar los patrones habituales de pensamiento y conducta que subyace a las depresiones resistentes al tratamiento, a la ansiedad, a las obsesiones, compulsiones, TEPT, adicciones, trastornos de la conducta alimentaria y dificultares de la personalidad. (Me hace acordar los membretes de los certificados de los médicos que dicen: Dr. Juan Pérez - Fobias, pánico, estrés, depresión, problemas de pareja). La psilocibina actúa sobre el sistema serotoninérgico, “relajando” los mecanismos cerebrales que median la conducta y el pensamiento. Mientras eso ocurre, viejos patrones se “disuelven” y se introduce una “ventana de oportunidad” terapéutica. Los pacientes que reciben psilocibina lo describen como un “soñar despierto”, con nuevos conocimientos y entendimientos acerca del por qué de su sufrimiento. Esto puede sembrar una “semilla de cambio” psicológico. <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/pm/research/cfad/psilocybin-trials>

Las comillas están en el texto original: menos mal, porque si no hubiera parecido poco serio.

Explicación 3: Un reciente estudio descifró algunos de esos mecanismos moleculares. En este estudio, los psicodélicos demostraron promover plasticidad neuronal funcional y estructural. Los principales hallazgos incluyen incremento de la neuritogénesis (sic), espinogénesis y sinaptogénesis in vitro y en vivo. Estos cambios morfogénicos se producen por un incremento... (;Adivinen!), sí, por un incremento del BDNF, el cual regula la plasticidad neuronal mediante la activación de un blanco mecanístico de la rapamicina (mTOR), una cascada de señalización clave modulada también por los antidepresivos estándares y por drogas antineurodegenerativas (10).

Explicación 4: (<https://beckleyfoundation.org/about/the-foundation/>). Al emplear fMRI para estudiar la firma neural de la psilocibina en personas deprimidas, encontramos que la psilocibina puede efectivamente “resetear” la actividad de circuitos cerebrales claves, que se conoce que tienen un rol importante en la depresión. Parece haber una relación entre el pico de la experiencia y el incremento en el post-tratamiento en la conectividad entre ciertas regiones cerebrales. Esto significa que la psilocibina realmente incrementa la respuesta a los estímulos emocionales negativos. Esto puede sonar sorprendente, pero el equipo encontró que la fortaleza de esta respuesta incrementada se correlaciona con una mayor mejoría. Esto implica que la terapia asistida por la psilocibina trata la depresión al incrementar la reactividad emocional.

Explicación 5: Estudios adicionales con fMRI demostraron que la psilocibina interrumpe la conectividad de la red neuronal por defecto, induciendo un estado neuroplástico temporario que puede hacer que la persona esté más susceptible y receptivo para las funciones cognitivas y con un contenido accedido con la psicoterapia de apoyo no directiva co-administrada (11).

La explicación total: la experiencia mística

Pero la posta, y que subyace como explicación para todos los alucinógenos, es que la clave de su eficacia es la calidad e intensidad de la experiencia mística o espiritual. Ésta resulta crucial para lograr los resultados “terapéuticos”, existiendo una correlación significativa entre dicha experiencia mística, en especial si es vivida como personalmente significativa, y la reducción sintomática.

Las alianzas estratégicas detrás de la aprobación de estos productos

Mientras que a nivel mundial se produjo un declive, cuando no una interrupción total de la investigación acerca

de las drogas alucinógenas para su aplicación terapéutica, quedando como una curiosidad de revistas o libros científicos de la época, o como una práctica snob para quienes buscaban nuevas experiencias en la vida, en ciertos círculos se mantuvo cierto interés por estas drogas, manteniendo la fe en sus potenciales propiedades terapéuticas.

Así, se siguió curioseando a pequeña escala, particularmente por parte de asociaciones (amigas) de estos productos. En efecto, científicos marginales, profesionales de diferentes campos y público en general permanecieron fieles a la exploración de estas sustancias a las cuales, por alguna razón, estaban encariñados, acaso convencidos de que tenían algo para aportar al bienestar del mundo. La suma de estas iniciativas y pequeños ensayos fue dando por resultado que algunos trascendieran por promisorios y lograran llamar la atención (llamaron la atención, enfatizamos, en un interregno farmacéutico, en un periodo en el que no pasa gran cosa) no de la industria farmacéutica sino de institutos asociados a universidades.

De este modo, y dejando de lado el caso de la esketamina, los alucinógenos están avanzando por ese camino, que no incluye, por ahora, a la industria farmacéutica.

El King's College London (<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/pm/research/cfad/psilocybin-trials>) está a full con la psilocibina e informa sobre los resultados de la psilocibina en Depresión resistente y del impacto de la psilocibina en la función cognitiva en participantes sanos. Este Instituto estableció estrechos vínculos de colaboración (o sea, recibe dinero) con Compass, una “compañía comercial de ciencias de la vida”. Y ya vienen avanzando a estudios de Fase 2.

Por su parte, otra alianza de patrocinio se da entre el Instituto Usona y la Johns Hopkins University y con otros centros académicos de los EEUU (NYU School of Medicine, University of California San Francisco, Yale University, University of Wisconsin-Madison, Great Lakes Clinical Trials, y Segal Trials. Todos ellos forman parte del PSIL201, estudio de Fase

2 que estudia la psilocibina para el trastorno depresivo mayor (Usona Institute, <https://usonaclinicaltrials.org/>).

La Univeridad Johns Hopkins se muestra muy interesado en este tipo de productos, habiendo creado para tal fin el Centro para investigación de la conciencia y psicodélicos (Center for Psychedelic & Consciousness Research, CPRC), que busca investigar “fármacos que expanden la conciencia para expandir las opciones de tratamiento”. Entonces, además de participar en los estudios de depresión, también estudias los potenciales usos de la psilocibina para la anorexia nerviosa (<https://hopkinspsychedelic.org/anorexia>), para la depresión en etapas tempranas de la Enfermedad de Alzheimer (<https://hopkinspsychedelic.org/alzheimers>) y para mejorar la calidad de apreciación de las experiencias espirituales en personas religiosas (<https://csp.org/docs/implications-for-religious-scholarship> (Here and Now: Discovering the Sacred with Entheogens)). Básicamente se propone que la propensión de estos compuestos para provocar la aparición de formas místicas de conciencia en voluntarios sanos, podría aplicarse para estudios religiosos, especialmente los interesados en el estudio del misticismo.

Conclusiones: ¿En qué contexto de la industria farmacéutica resurgen estos compuestos?

Hablemos a favor. Digamos que es muy positivo que se revisen resultados, que se retomen líneas de investigación que quedaron relegadas para la sorna, acumuladas en journals o libros usados en mesas de saldo. Habla a favor de la ciencia que exista una apertura que eluda la censura de los prejuicios y que se investigue por fuera de ellos. En suma, el resurgir del interés por productos medicinales que habían sido desechados de la clase alta de la industria farmacéutica puede ser loable (12).

Pongámosle que el problema no fue su falta de eficacia sino que comenzaron a ser mal vistos, que sus resultados se vieron superados por el uso recreacional y/o el abuso de dichos compuestos, que tuvieron que cargar con el peso de la época

en que les tocó existir, y que ahora, al volver a ellos, la comunidad científica descubre una meca prometedora que se abre a la terapéutica psiquiátrica, que aguardaba ser redescubierta y que, de algún modo, nos lo estábamos perdiendo.

Aun así, asumiendo que tienen todo a su favor (cosa sobre la que es dable dudar), no se puede ser inocentes respecto del contexto en el que estos re-emergen. Nos referimos al estancamiento, desconcierto y, acaso, desinterés en que se encuentra la industria farmacéutica con relación al desarrollo de psicofármacos. El acento puesto en la medicina de precisión, en la acumulación de datos que pretende establecer un criterio prescriptivo basado en la tolerancia (a los efectos secundarios) antes que en la efectividad (es decir, en la reducción de los síntomas que conforman el padecimiento de un paciente), por asumir que en cuanto a la efectividad, prácticamente todos los fármacos, sean nuevos o viejos, tienden a equipararse, puede entenderse como una forma elegante de zafar de la falta de respuestas que hay por parte de la industria a las necesidades terapéuticas incompletas. ¿Acaso uno como paciente no preferiría bancarse un poco la falta de deseo sexual o el aumento de peso si al cabo de un tiempo se ve liberado del padecimiento mental? Contentarse con menos, contentarse con que el fármaco no caiga mal y que, quizás, permita aliviar los síntomas, es una aspiración mediocre.

Entonces, en esa mediocridad psicofarmacológica, los nuevos compuestos, estas drogas devenidas fármacos de elite, tienen el camino facilitado.

Bibliografía

Reiff et al. Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010035).

Mithoefer et al., 2015. A Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. <https://maps.org/research-archive/mdma/MDMA-Assisted-Psychotherapy-Treatment-Manual-Version7-19Aug15-FINAL.pdf>

Feduccia AA et al. Breakthrough for Trauma Treatment: Safety and Efficacy of MDMA-Assisted Psychotherapy Compared to Paroxetine and Sertraline. *Front Psychiatry*. 2019 Sep 12; 10:650.

Griffiths RR et al. Psilocybin produces substantial and sustained decreases

in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *J Psychopharmacol*. 2016 Dec; 30(12).

Carhart-Harris RL et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. *Psychopharmacology (Berl)*, 2018.

Carhart-Harris RL et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry*, 2016.

Johnson MW et al. Pilot study of the 5-HT_{2A}R agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *J Psychopharmacol* 2014; 28: 983–92.

Bogenschutz J et al. Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: a proof-of-concept study. *Psychopharmacol*. 2015 Mar;29(3):289-99.

Moreno FA et al. Safety, tolerability, and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006 Nov;67(11):1735-40.

Inserra A. Current status of psychedelic therapy in Australia and New Zealand: Are we falling behind? *Aust N Z J Psychiatry*. 2019 Mar; 53(3): 190–192.

Carhart-Harris RL et al. The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Front Hum Neurosci* 2014; 8:20.

Nutt D. Psychedelic drugs—a new era in psychiatry? *Dialogues Clin Neurosci*. 2019 Jun; 21(2): 139–147.



Pausa para la reflexionar y jugar

Lo dicho en le título pero en bastardilla

Los tiempos que corren nos ofrecen desafíos sin precedentes. Nos empujan (probablemente con la intención de hacernos desbarrancar y morir) hacia nuevos y aciagos horizontes. Si decidimos caer en la idiocia del optimismo, podemos creer que cada crisis ofrece una oportunidad... Por ejemplo, la pandemia podría brindarle a los necios la posibilidad de estar más cerca de sus seres queridos, aprender esperanto, confesar un crimen oculto, o consumir el suicidio. No recomendamos ninguna de estas opciones, si bien por ahora no descartamos la última.¹

Pero Usted, querido Lector, está más allá de estas consideraciones banales. Usted es personal esencial y seguirá trabajando hasta la muerte (y después quizás también, porque las guardias hay que cubrirlas). Seguramente para poder continuar atendiendo pacientes, en estas últimas semanas se ha visto en la obligación de aggiornar su práctica, familiarizándose con los novedosos métodos de contacto a distancia, como el teléfono, el ICQ y Zoom. (No incluimos aquí el código Morse dado que la mayor parte de las obras sociales y prepagas sugie-

¹ Con especial énfasis le rogamos que tenga a bien evitar a toda costa el encuentro con Usted mismo. Si sobrevivimos la pandemia, deberá pasar el resto de su vida sabiendo exactamente lo que los demás sienten en su presencia, y nadie se merece tormento tan cruel (ni siquiera Usted). Permanezca lo más lejos de su verdadero ser como le sea posible. Créanos, es una cosa horrible.

ren consultas de 20 minutos, tiempo que apenas alcanza para escribir: .-. .- - - - / . .-. / -. - .- . / .-. . . / . . . - - - .-. - .-.).

Posiblemente, además, si ha escogido Usted la desventura de ser psiquiatra, se haya visto en la obligación de idear nuevos métodos de hacer llegar las recetas de psicofármacos a las manos de sus pacientes sin tocarlos... Aprovechamos para recomendarle en general que no toque a sus pacientes, porque vio como es la cosa, está todo el mundo muy susceptible. Ahora, a los pacientes de otros, a esos sí tóquelos a voluntad (de preferencia, la de ambos).

En fin, en relación al delivery de drogas: desde enviar foto por Whatsapp (ponga especial cuidado al momento de adjuntar la imagen) hasta encontrarse en un parque de madrugada y dejar la receta en el tacho de basura que está junto al puesto de diarios, todo está bien. Nadie lo juzga (aún). Buena suerte durmiendo tranquilo los próximos 10 años con la expectativa de que no le estallen en la cara alguna de las irregularidades que seguro cometió en estas semanas... Eso si no lo mata antes el virus, claro está.

No obstante, más allá de todas estas cosas, ahora que su actividad laboral se ha visto irremediablemente afectada por la cuarentena (para mal o para peor), sabemos que dispone de más tiempo ocioso. Estamos convencidos de que, entre pilates a las 8.30hs, mesarse los cabellos a las 9.30hs, llorar acurrucado en un rincón a las 10.15hs y limpiar frenéticamente con lavandina a las 11.30hs el mismo rincón que manchó de lágrimas, Usted tiene un montón de tiempo libre.

No caiga en la tentación de hacer cosas constructivas con su tiempo, fracasará antes de intentarlo siquiera. Le proponemos que se revuelque pornográficamente en la cochambre de la más patética ociosidad imaginable. Y para ello, por supuesto, le ofrecemos:

BINGOVID-19

Llama al seguro de mala praxis para ver si cubren la teleconsulta. No lo atienden.	Negación "No creo que sea para tanto, acá no va a llegar, es una gripe".	Se toma la temperatura, nada, para ver si el termómetro funciona.	El consultorio se desploma. Hace números y llora en posición fetal bajo la ducha. Putea a OSDE.	Elige una biblioteca de fondo durante las videollamadas. Ofrece a la cámara su mejor perfil.
Hipocondría. Googlea: "Chalazion + prodromo COVID???"	"¿Se escucha bien? HOLA... A VER, HOLA"	Minimiza ventanas comprometedoras, por las dudas de que el paciente las vea reflejadas en sus anteojos.	Encierra mascotas (hijos, o ancianos) durante videollamada.	Le manda recetas a la casa a un paciente a través de servicio de cadetería.
"Uy, a ver, me parece que se cortó... Me repite, ¿que no lo alcancé a escuchar?"	Se siente Bernardo Sanateas dando consejos de perognullo en medio de la pandemia. #TodoPasa		Quiebre. Preocupado y paranoide, comparte a mansalva artículos con sus allegados (nada chequeado, nada útil).	Atiende con el pantalón del pijama, total no se ve.
Optimismo irreal "Vamos a salir adelante todos juntos". #Supon	Teme encontrar cartel de ANDATE DEL EDIFICIO al volver a casa.	Pregunta a mansalva, desencajado: ¿Estás cumpliendo la cuarentena? Quedate en casa LPQTP!	Pide ayuda a un centennial con el tema de la camarita y se baja 6 apps diferentes (que no sabe usar).	Se toma la temperatura de nuevo, por las dudas.
Aumenta el consumo personal de alcohol y estupefacientes.	Se indigna con los aplausos de las 21hs y grita al viento: ¡Mañana en Coto voy a pagar en aplausos, giles!	Nihilismo. "Manga de cosidiotas. Todos vamos a morir y es lo que merecemos".	"A ver, se escucha como un eco de fondo..."	No se peina si la consulta es por teléfono.

La verdad esta allá afuera... y dentro de nosotros también

Andrés Rousseaux

Semiología de los objetos no identificados

Objetos y sujetos rápidamente categorizados

Desde el inicio de la psiquiatría como especialidad médica, se ha suscitado una discusión en relación a los delirios, en particular en lo que hace a su clasificación ¿ Se debe clasificar el delirio según su mecanismo generador o por su temática? Esta última opción es la que prevalece en los manuales diagnósticos. Se los nombra como persecutorios, hipocondríacos o celotípicos, por nombrar algunos.

A su vez, en la medida que la cultura va cambiando, también lo hacen los contenidos de nuestros pensamientos y nuestros discursos. Si gritáramos a viva voz en el siglo XII que la tierra es redonda, probablemente nos tildarían de locos y sin embargo, algo similar fue lo que sucedió en relación al movimiento terraplanista actual. Aclaro, no creo que la tierra sea plana, pero más allá del elemento científico que existe para demostrar este hecho, el común de la gente (dentro del que me incluyo) no maneja esos métodos demostrativos, con lo cual en lo cotidiano ante estas verdades científicas nos movemos en el campo de las creencias. También la forma en que se pre-

sentan las *ideas influencia* mutan con la época; en los albores del siglo XX era el telégrafo el principal elemento por el cual los pensamientos eran transmitidos y escuchados dentro del relato psicótico, dejando lugar en la actualidad a los celulares y computadoras. Los manuales diagnósticos hacen la salvedad de que hay que tener en cuenta el medio cultural y las creencias de la personas, en la práctica cotidiana esto rara vez se respeta.

Una creencia, por tomar alguna definición, es dar por cierto algo sin poseer evidencias de eso. En el campo de la psicopatología, sería el conocimiento que se da por cierto sin una elaboración mental previa. Por otra lado, tenemos también las ideas delirantes, las que pasaremos a analizar.

El posicionamiento ante el relato extranjero

Los delirios crónicos aparecen como entidad en el alienismo francés a mediados del siglo XIX. No quiere decir que no existieran descripciones previas, pero en este momento se dan los primeros intentos de sistematización. Pese a la pluralidad de su denominación, seguía la estructura del alienismo y la psicosis única, donde la cuestión de denominarlos crónicos apuntaba a la incurabilidad de los cuadros. No obstante, el representante francés de este paradigma, **Phillipe Pinel**¹, se oponía a pensar a la locura como incurable; su entidad arquetípica era la manía, una etiológica sustentada desde las pasiones. Según este autor, la manía era un delirio general, mientras que la melancolía era un delirio parcial (delirio exclusivo sobre un objeto). A su vez **Esquirol**, su discípulo, define el delirio en función de un desajuste entre diferentes esferas del alma (razón, inteligencia y pasiones), provocado por afecciones morales. Si bien no se opone a su maestro, amplía el incipiente

1 Phillipe Pinel (1745-1826), partiendo del análisis sistemático de las enfermedades mentales, propuso un trato más humano de los alienados. Consideraba posible la recuperación de un amplio grupo de los mismos.

árbol nosografico, produciendo una nueva división. Separa la melancolía en lipemanía y monomanía. Esta división en la clínica francesa tendrá repercusiones en los planteos subsiguientes al abordar el estudio de los delirios, dado que es el punto de quiebre entre los *trastornos del humor* y los *trastornos del juicio*.

Desde los comienzos de la clínica psiquiátrica francesa, llamo la atención la presencia de un grupo de alienados, que pese a la presencia de ideas delirantes conservaban la integridad del resto de sus facultades intelectuales. Con el ingreso de la nosografía kraepeliniana al campo científico psiquiátrico francés a partir de 1902, comienzan una serie de publicaciones donde se comienzan a vislumbrar subgéneros de cuadros delirantes, con autonomía entre ellos.

Paul Serieux (1864-1947), fue alumno de **Magnan**² y miembro de la escuela de Saint Anne. Paradójicamente³, fue uno de los introductores de **Kraepelin** en Francia, publicando innumerables artículos⁴. Su alumno, **Joseph Capgras** (1873-1950), fue medico jefe en el Hospital Maison Blanche y posteriormente en Saint Anne. Entre ambos publican en 1909 *Las Locuras Razonantes. El delirio de Interpretación*, producto del trabajo de diez años de investigaciones con los así llamados delirios crónicos sistematizados. Su elaboración y aparición es producto de la crítica respecto a construir una nosografía de los delirios en función de la temática, y hacen foco tanto en la forma evolutiva del cuadro como en los mecanismos que lo

2 Valentín Magnan (1835-1916), tuvo como profesores a Jules Baillarger y a Jean-Pierre Falret . Figura influyente en la psiquiatría francesa de la segunda mitad del siglo XIX, se le recuerda por difundir el concepto de «degeneración», introducido por primera vez en el ámbito de la psiquiatría por Bénédict Morel

3 Magnan fue uno de los referentes del primer clasismo francés, pero sus enseñanzas y métodos no pudieron resistir el embate de la propuesta kraepeliniana

4 Para un listado completo de los mismos, ver “Las Locuras Razonantes. El delirio de Interpretación” Paul Serieux y Joseph Capgras. La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, 2008

generan, dejando de lado la temática.

Siguiendo esto último, desarrollan el concepto de *interpretación delirante*. Según estos autores, es un razonamiento falso (habría que ver que consideran un razonamiento verdadero), cuyo punto de partida es una sensación real, que en virtud de asociaciones de ideas ligadas a la afectividad, con ayuda de inducciones y deducciones erróneas, adquiere una **significación personal** para el enfermo, (volveremos sobre este último más adelante), “invenciblemente compelido a relacionar cualquier cosa consigo mismo”. De esta manera, distinguen este fenómeno de la alucinación y de la ilusión, resaltando la característica sensorial de las mismas y siendo su presencia episódica e irrelevante en el delirio de interpretación. También la distinguen de la idea delirante, concepción imaginaria, no deducida de un hecho observado, siguiendo la máxima de Regis: “en cierto modo, la interpretación delirante es a la idea delirante lo que la ilusión a la alucinación”, donde la primera tiene un punto de partida auténtico y la segunda no. Por último, y retomando el planteo inicial de entender los mecanismos íntimos, distinguen la *interpretación delirante* del *error*, donde la primera tiene como objeto al yo, siendo su carácter egocéntrico, condicionante de la conducta y teniendo su origen en una lesión de la personalidad, y la segunda, siendo una equivocación corregible.

Lo más probable es que nunca hayan escuchado acerca de **Clemens Neisser**⁵. Este clínico propone el término, *krankhafte Eigenbeziehung*, traducido como significación personal en la lengua francesa (y que se mantiene con alguna leve variante en la clínica psicoanalítica), que siendo justos con su lengua materna debería traducirse como “*autoreferencia enfermiza*”⁶. Este hecho clínico resalta que con anterioridad a la significa-

5 Clemens Neisser (1861-1940), psiquiatra alemán, estudio medicina en Leipzig, junto a Paul Fleischig, entre otros. Se lo recuerda principalmente por sus trabajos de la paranoia y por ser defensor del tratamiento de reposo, dado que el descanso físico daría descanso al cerebro enfermo

6 Dicha salvedad es una observación de JM Álvarez y F. Colina en *Clásicos de la Paranoia*, Madrid, 1997

ción el sujeto se siente preocupado, sin saber de qué se trata, por todo lo que sucede a su alrededor, poniéndolo en relación con sí mismo.

Carl Wernicke⁷ toma en cuenta estos aportes⁸, delimitando estados paranoicos, comprendiendo con ello a todas aquellas enfermedades mentales crónicas en las cuales nos encontramos con una *alteración del contenido del conocimiento, con una bien mantenida actividad de la conciencia*. Comenta que una de las series más importantes de delirios de interpretación de origen autopsíquico se relaciona con los fenómenos por nosotros denominados ideas autóctonas. Los enfermos notan el surgimiento de ideas que no son propias, que no las sienten pertenecientes a ellos, que les parecen extrañas, pero que los concierne.

No sería justo no hacer una mención respecto a la visión de **Emil Kraepelin**⁹ respecto a la paranoia y su ultra repeti-

7 Karl Wernicke (1848-1905), oriundo de Tarnowitz (Alta Silesia). Terminó sus estudios de medicina en Breslau. Durante su estadía en Viena trabajó con Theodore Meynert, el cual influyó decisivamente en su obra. En 1874 publicó su trabajo de las afasias, mundialmente conocido. Analizaba las enfermedades mentales como enfermedades del cerebro, pero a falta de respuestas biológicas, creó el término *sejunktion*, una disociación de las fibras de asociación, fenómeno inicial de la enfermedad mental.

8 “Esta acentuación sensitiva de las indiferentes percepciones sensoriales lleva a una alteración de la identificación secundaria en el sentido de que entre todas las interpretaciones posibles es preferida la que se refiere a la propia persona, es la patológica autorelación de Neisser y de esta manera se favorece el surgimiento del delirio de relaciones. (...) es como un delirio de persecución solamente un nombre colectivo para una gran selección de imágenes delirantes las que están ligadas al acto de percepción y que se presentan simultáneamente con esta; consiste en una alteración de las propias percepciones. (...) Sin lugar a dudas, la percepción sensorial es correcta, lo enfermizo es solamente la relación con la propia persona, la cual está como aferrada o inseparablemente adherida a la misma percepción como lo hacen los estímulos sensoriales provistos de una fuerte acentuación sensitiva”, en Wernicke, K., Tratado de Psiquiatría, Colección Clásicos de la Psiquiatría; Traducción Prof. Dr. Diego Luis Outes y Dr. José Víctor Tabasso, Polemos, Buenos Aires, 1996, Lección XII, pag 131

9 Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemán. Discípulo de Wundt, se lo describe como una persona reservada y meticulosa. Su gusto por la botánica- influenciado por su hermano- lo llevó a crear una clasificación de las

da definición: “(...) *un desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de romper, que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, la voluntad y la acción*”.¹⁰ Siguiendo esto, sería una enfermedad constitucional que reposa sobre dos mecanismos fundamentales: el *delirio de referencia* (delirio de significación personal) y las *ilusiones de la memoria* (confabulaciones), que producen los diferentes temas de persecución, de celos, de grandeza, de erotomanía y la forma especial, de querulancia. O sea una mezcla entre mecanismo y contenido, bien a lo Kraepelin, no jugándose por ninguna opción.

Algunas de estas ideas fueron continuadas **Robert Gaupp**¹¹, quien también fue alumno de Wernicke. Inició el enfoque pluridimensional en la psiquiatría alemana, el cual intenta describir como la personalidad sana conduce a la enfermedad. Dan cuenta de su pensamiento la prerrogativa de pensar a la histeria no como una enfermedad sino como una reacción de la personalidad y su extenso trabajo dedicado a la paranoia, en especial al caso Wagner¹². En este tema en particular, y siguiendo enfermedades mentales que hasta el día de la fecha sigue teniendo implicancias en la clínica.

10 Kraepelin, Emil en Bercherie, Paul: “Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico”; Ediciones Manantial, Bs. As., 1986.

11 Robert Gaupp (1870-1953). Además del recorrido descripto, en 1906 asumió el cargo de profesor ordinario en la cátedra de Tubinga, el cual ocupó hasta 1936. . En 1921 fundó el primer servicio de psiquiatría infanto juvenil en una clínica universitaria alemana

12 Excede los objetivos de este capítulo el análisis de dicho caso. Para más información, se sugiere consultar AA.VV “Clásicos de la Paranoia”. Traducción: Ramón Esteban, Úrsula Grieder Grofin. Textos Seleccionados por JM Álvarez y F. Colina. Colección Clásicos de la Psiquiatría, España, 1997; AA.VV “La última sinfonía de Ernst Wagner”, trabajo presentado en Congreso APSA 2013; Consejo de redacción de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Epicrisis del Caso Wagner. Ernst Wagner, asesino y paranoico. 1999. Vol 19. Nro 69. Gaupp, Robert. “Enfermedad y muerte del maestro titular Wagner, asesino en serie paranoico. Una epicrisis (1938), I.” Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1999 Vol 19. Nro 69; Gaupp, Robert. “Enfermedad y muerte del maestro titular Wagner, asesino en serie paranoico. Una epicrisis (1938), II Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1999 Vol 19. Nro 70; Gaupp, Robert “El caso Wag-

do su propuesta pluridimensional, *destaca la importancia del medio social en el desencadenamiento* de dichos cuadros, como así también en su posible estabilización y hasta curación. De la misma manera que toma elementos de las teorías de sus maestros, tiene en cuenta el pensamiento de Neisser, destacando como los pacientes ponen en relación con sí mismos todo lo que acontece a su alrededor. Las propuestas de Gaupp llegan a la actualidad de forma indirecta, a través de las obras de su discípulo, **Ernst Kretschmer**¹³.

Ahora bien, como destaca estos últimos autores, el medio social interviene en la aparición de ciertos cuadros. Detengámonos en una temática particular y muy difundida en un momento particular de nuestra historia.

Una botánica interplanetaria

Durante el periodo de la guerra fría (1945-1991, estas fechas varían según los autores) el mundo entero vivió bajo la tensión de una posible guerra entre las dos superpotencias, EE.UU y URSS. Durante este periodo prosperó la carrera armamentística y los medios de espionaje, tanto internos como externos, en dichos países y sus respectivos aliados. Fue en ese clima de hipervigilancia ante el inminente ataque nuclear donde el avistamiento de objetos voladores no identificados (OVNIS) creció exponencialmente. Y la Argentina no fue la excepción.

La primera referencia que encontramos es **Eduardo Holmberg** que en 1875 publicó “Viaje maravilloso del señor ner”. Traducción: Juan José del Solar. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1998.

13 Ernst Kretschmer (1888-1964), estudio medicina en Tubinga. Fue asignado en calidad de médico militar a un servicio que agrupaba “histeria de guerra”, luego del primer conflicto bélico mundial. En 1926 obtuvo la cátedra de psiquiatría de Marburgo. En 1933 el régimen nacional socialista lo obligó a renunciar a la presidencia de la Sociedad Alemana de Psicoterapia, dado que sostenía el papel positivo de la mezcla de razas. Tuvo un rol fundamental en la reconstrucción de las facultades alemanas luego de la segunda guerra mundial.

Nic-Nac”, una novela de ficción interplanetaria, conectando la resolución científica de problemas de índole moral, espiritual y política. Holmberg era un hombre de ciencia: médico, zoólogo y botánico de la Universidad de Buenos Aires, acompañó a Francisco Moreno y Florentino Ameghino en sus investigaciones, como así también incursionó en la psiquiatría y la frenología. Siguiendo esta línea, muchos años después, el físico José Álvarez López utilizaba la ciencia para entender lo inexplicable como legado de la generación del 80 en relación al ocultismo. Utilizando métodos de la paleontología, la geofísica y la arqueología, se dedicó a la búsqueda de la Atlántida durante el periodo de la guerra fría, siguiendo el concepto de intraterrestres, en boga en esa época: seres humanoides que viven en las profundidades del planeta. El resultado de su investigación se plasmó en “Reconstrucción de la Atlántida” (publicado en 1978, en cuya tapa se ve una pirámide egipcia con un hongo nuclear de fondo). Holmberg es recordado como un héroe incomprendido por personajes como Álvarez López, que es la forma en que se suelen percibir los ufólogos contemporáneos.

Ya en 1988, Editorial Planeta republicó “Los hombres de Negro y los Ovnis” (originalmente de 1978) y en 1990 “El reino subterráneo”, ambos de Fabio Zerpa. Durante la guerra fría, este último autor se convirtió en el principal experto del fenómeno ovni en Argentina, desde programas de radio, televisión (“Mas allá de la cuarta dimensión”) y la revista Cuarta Dimensión, lo que da cuenta del interés que había en la temática. También evidencia un punto en común con la salud mental: ***cuando un autor saca más de una publicación respecto a un tema, ya se cree experto en dicho tema.***

Para finalizar, otro claro ejemplo popular en la relación guerra fría-ovnis-holocausto nuclear son la novela gráfica “El Eternauta” y las películas “Extraña Invasión” (1955) y “Placer Sangriento” (1967) de Emilio Vieyra. Todos estos elementos comenzaron a formar parte de nuestra cultura y de nuestras creencias.

Encuentros cercanos en cielo argentino

En 1947 se denunciaron 11 avistamientos de OVNIS en Argentina, incrementándose este número hasta llegar a 127 en 1968. El primer registro de un OVNI aterrizando data del 20 de febrero de 1949 en una región remota del sur de la provincia de Chubut, atestiguado por un gendarme que se encontraba en una base militar. Un detalle que inscribe el incidente en en relación con la seguridad nacional, guerra fría y el aumento de los avistamientos. Pero también tuvieron mucha repercusión mediática.

En julio de 1965 un meteorólogo naval de la base argentina Decepción (por favor juntemos firmas para que le cambien el nombre) ubicada en la Antártida avistó un objeto extraño en el cielo descrito como “una masa lenticular” según el reporte; no fue el único que vio el objeto ese día. Fue publicado en el Boletín Informativo de la Secretaria de la Marina Argentina; según el ufólogo Antonio Las Heras, se hizo un encubrimiento de este hecho y otros avistamientos antárticos¹⁴. No obstante, durante los tres meses siguientes a este hecho se generó una “Psicosis colectiva” según los periodistas; los científicos reportaron cambios en las lecturas geomagnéticas y empezaron a haber testimonios similares desde Mendoza, Chaco y Mar del Plata. Hasta se cambiaron los binoculares nocturnos en el hipódromo de Palermo, para una mejor visión, solo por las dudas que apareciera un OVNI.

Estos hechos fueron publicados en los medios de comunicación más populares de nuestro país y motivaron noticias como la publicada en la portada de La Razón, donde afirma-

¹⁴ También se supone que hubo un encubrimiento de otro encuentro en Olavarría, entre los soldados del Segundo Regimiento de Tiradores de Caballería Blindada, los cuales abrieron fuego contra los alienígenas que habían descendido de su nave. Esto va de la mano de que cuando la fuerza aérea de EE. UU inicio el proyecto “Libro Azul “acerca de la existencia de OVNIS, lo mismo hizo la fuerza aérea argentina, cerrando su programa cuando lo hicieron en el país del norte.

ban que en 1944 los fuerzas armadas de EE.UU dispararon contra un OVNI que sobrevolaba Los Ángeles¹⁵, apoyando este hecho con otros datos pseudocientíficos como que la misión Apollo XI probó la existencia de OVNIS, con evidencia fotográfica.

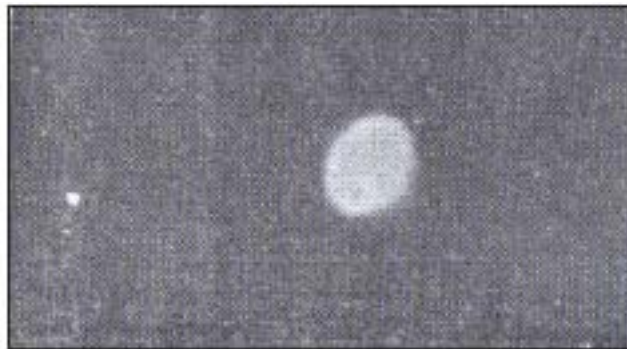
En julio de 1968, dos trabajadores en la provincia de Mendoza no solo declararon haber visto un OVNI, sino que recibieron puntadas en sus manos y marcas en el auto que conducían. Lo llamativo del caso es que días después del hecho, se inició una investigación judicial para determinar si decían la verdad, aunque no había ninguna denuncia penal del hecho. Las autoridades se apegaban al Código Penal: son pasible de condena las personas que causen “miedo público”. Los motivos de la amenaza judicial fueron otros, según se relevó años después: por un lado, evitar más reportes de OVNIS en Mendoza y encuadrar los avistamientos al protocolo de la Universidad de Colorado respecto al tema (las cuales siempre correspondían a alucinaciones o algún disturbio psicopatológico) y por otro, para evitar el pánico en la población como había sucedido con el relato radial de “La Guerra de los mundos” por Orson Wells treinta años antes.

Tengamos en cuenta el siguiente dato: de las 6700 fotos del censo FOTOCAT de avistamientos entre 1965 y 1968, Argentina es el segundo país con contribuciones, siendo el 11 % de dicha base, luego de EE.UU. Muchas de estas fotos provienen del registro del diario Crónica, aunque la mayoría se comprobó que eran efectos de la técnica o de cuerpos celestes¹⁶ (la Luna o Venus por ejemplo) y hasta piezas caídas de misiones espaciales (como el Titán 3). Otras tantas del registro se reconocen como inventos de la prensa local donde se realizó el avistamiento. También existe el fenómeno de “repetidores”,

15 Se refiere a la así llamada “Batalla de Los Ángeles”, que según la ufología oficial (insertar aquí el emoticón que les parezca) fue en 1942.

16 La explicación del caso de la Antártida fue que en realidad dichas luces correspondían al planeta Marte y las estrellas Espica y Arcturus, no revelándose este dato por miedo al ridículo.

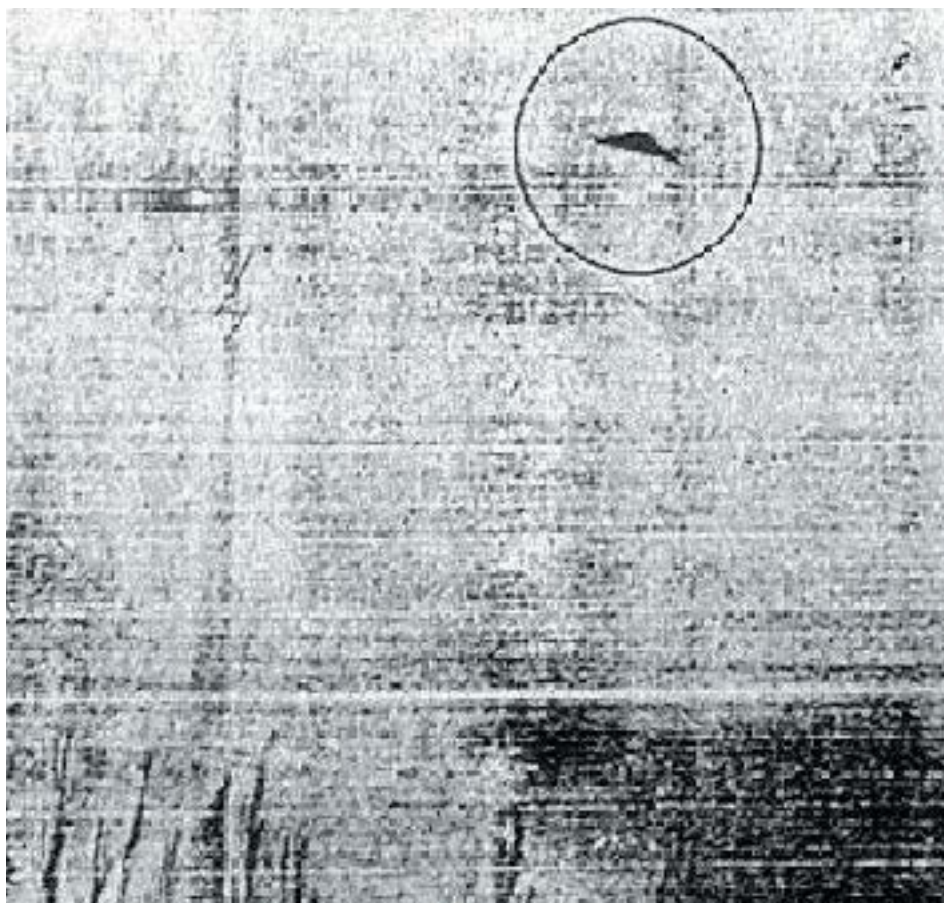
personas que inicialmente reportan un avistamiento visual; luego sucesiva y repetidamente, con fotos y videos, reportan múltiples avistamientos, siendo la mayoría, montados. Pero los casos clasificados como inexplicables suelen ser reportados por fotógrafos inexpertos o que se dan cuenta del OVNI luego de revelar el negativo de la foto.



Avistamiento del 16-07-1965, publicado en diario Crónica el 18-07-1965. No es otra cosa que una foto de la Luna.



Avistamientos en Buenos Aires, el 16-07-1965, publicados en Diario "El Mundo". Más tarde se comprobó que era Venus.



Córdoba, 17-07-1965, publicado por La Nación el 23-07-1965. Sin explicación científica del hecho.¹⁷

El 22 de julio de 1968, Adela Casavieri de Panasitti, una enfermera psiquiátrica de guardia en el Hospital Neuropsiquiátrico de El Sauce (Mendoza) se sorprendió por un ruido. Primero pensó que era una falla de algún aparato del lugar; cuando fue a ver qué pasaba, se encontró con un objeto luminoso. Sufrió varias quemaduras en primer grado y quedó parapléjica. El objeto dejó marcas en el patio, junto a niveles elevados de radiación en el área. Los pacientes estaban

¹⁷ Las fotos de esta parte corresponden a “Argentine, the year 1965 in photos”, de Vicente- Juan Ballester Olmos, Fundación Anomalía, España, 2006.

inusualmente tranquilos esa noche. La explicación dada fue que la enfermera presentó un cuadro de delirio reactivo a mucho trabajo.¹⁸

El caso de Carlos Alberto Díaz, quien tuvo un avistamiento en Bahía Blanca el 5 de enero de 1975 no difiere de los anteriores. Luego del encuentro termina desorientado, en posición fetal, en las cercanías de Buenos Aires. Pero sí es interesante la explicación psicológica que el ufólogo Banchs hace del mismo. Este autor no tiene ningún vínculo con la Salud Mental, pero interpreta el caso de la siguiente manera: Díaz tendría un “temperamento sanguíneo, rápido e inteligente, pero sin profundidad analítica”, “una rica imaginación, pero impulsivo y con tendencia a la distracción”. Según Banchs, en su análisis psicométrico de Díaz, “presenta una personalidad insegura, conflictuada, aislada, con una personalidad inhibida y con tendencia a la exageración”. Banchs cita a Freud, quien establece que todas las formas cóncavas tienen una tendencia femenina, por lo tanto el OVNI era un útero para Díaz y por eso la posición en la que lo encuentran.

El 28 de octubre de 1973, a las 1:15 am Dionisio Llanca estaba cambiando una rueda en una ruta fuera de Bahía Blanca. De repente vió una luz que se le acercaba hasta colocarse detrás de él, inmovilizándolo. Tres humanoides de aspecto “Nórdico” aparecieron hablando un lenguaje inentendible y metálico. Llanca se desmayó; se despertó varias horas después a 10 km de donde originalmente se encontraba. No recordaba nada de este hecho hasta que el 5 de noviembre fue sometido a hipnosis. Pero esto no termino acá. El caso de Llanca se investigó y había “datos” que no concordaban con su relato: el lugar donde tuvo el avistamiento era un lugar de encuentro de parejas y de camioneros para dormir, pero sin embargo

18 En 1986 se estrenó *Hombre mirando al Sudeste*, donde nuevamente se toma la intersección entre la psicopatología y el hospital neuropsiquiátrico, hecho común tanto en avistamientos como personas internadas en el periodo de la guerra fría, como así también por el lugar de la creencia analizado en este texto. Para una copia hollywoodense de esa gran película, remitirse a *K-Pax* (2001) con Jeff Bridges y Kevin Spacey.

nadie vio nada. Además, en su relato no existía la presencia de una nave espacial, solo de extraterrestres. Llanca camino 9 km hasta la ciudad luego del hecho, fue entrevistado por médicos que le dieron dinero por su relato y también otro grupo de personas hizo lo mismo. En 1974 el mismo Llanca, según testigos, anuncio a los gritos en un restaurant que lo que había dicho era falso. En 1976 Llanca reclamó publicidad por nuevos encuentros con los extraterrestres a lo largo del país, hasta que fue internado en el Neuropsiquiátrico de Chubut. Esto cubrió con la sombra de lo irracional el relato; en 1986 fue declarado muerto, mientras se encontraba internado, a pesar de continuar con vida. Luego de esto y teniendo en cuenta lo sucedido, declaró a sus conocidos que deseaba nunca haberle dicho a nadie acerca de sus encuentros.

¿Y qué paso después de la guerra fría?

El primer avistamiento registrado de OVNIS en Capilla del Monte (Córdoba) data de 1986, por las hermanas Anchoarena, el cual tiene todos los rasgos habituales de este tipo de encuentros: una luz intensa, objetos voladores ovalados, marcas de quemaduras en los lugares de aterrizaje. Luego se agregaron elementos, como que un incendio forestal “respetó” el lugar de aterrizaje de 1986, desviándose. En el año 2000 los medios publicaron que el avistamiento de 1986 había sido montado para atraer turistas. Supuestamente no hubo más avistamientos oficiales de OVNIS pero Capilla del Monte continua siendo un lugar en el que convergen 10000 visitantes al año y en 2012 se celebró el Primer Carnaval Alienígena. En febrero de 2016 un helicóptero se estrelló en Capilla del Monte y rápidamente los mismos medios de comunicación especularon con la presencia de OVNIS en este hecho, no obstante se demostró que hubo una falla humana en dicho evento.

No hay que irse a Córdoba para tener un lugar de visitado con frecuencia por los OVNIS y otros eventos paranormales.

Recientemente, en la localidad de Campana, un medio televisivo¹⁹ realizó un informe acerca del “Ojo del Delta”. Si bien no es el primer medio en hablar de esto²⁰, resulta llamativo como el modelo de nota se repite: se hace hincapié en lo paranormal como una aventura, con despliegue tecnológico, opinión de expertos y lugareños y la sensación de no poder explicar los eventos que allí acontecen. Se sabe de su existencia desde hace bastante, pero gracias a las imágenes satelitales cobró notoriedad.

El Ojo es una isla perfectamente circular con árboles (no una formación de camalotes), de unos 100 metros de diámetro, que navega dentro de otro círculo de agua, sin explicación del movimiento. El terreno lindante es pantanoso lo cual dificulta el acceso y aumenta el misterio. Los lugareños no van a ese lugar y los animales tampoco. Dentro de un perímetro triangular se encuentra un asentamiento de Querandíes²¹, vehículos militares abandonados, barcos abandonados y por supuesto, luces en el cielo. Comentan que las mismas salen de las lagunas y se ocultan en el Ojo, conviviendo con la gente del lugar. Ahora bien, dentro de la comunidad que estudia estos hechos, el Ojo sí ha sido estudiado y existen explicaciones lógicas para cada uno de estos hechos salvo las luces en el cielo. Algunxs argumentan que en realidad es una forma de explotar el turismo de la zona, pero cada cual elige en que creer.

Los extraterrestres son algo perfectamente racional, el desafío es imaginar qué pinta tienen²²

Existe cierto prejuicio de considerar a los autores clásicos

19 Nota de Federico Weldeimayer, 2020.

20 La primera nota de este estilo es de 2016, en relación al pedido de un director argentino para recabar fondos para armar un equipo multidisciplinario que estudie los hechos de este lugar.

21 Hasta hay un cementerio indio!! ¿Por qué nadie hizo una película ahí?

22 Parafraseando a Stephen Hawking

como obsoletos. Ciertamente muchas de las teorías por ellas planteadas deben ser puesto en revisión. Pero aceptar lo nuevo como mejor a lo anterior es un error peligroso. Se puede tomar como ejemplo el modelo Psicosocial, que explica el fenómeno OVNI por el siguiente mecanismo: un simple error, alucinaciones, errores de la memoria o fraudes. Los errores elaborados incluyen una distorsión subjetiva de lo que se ve, en función de las narrativas culturales, generándose durante el mismo avistamiento (ilusiones) cuando se recuerda (confabulación) o durante una discusión (sugestión). En relación al aspecto de los extraterrestres, este modelo propone que se debe a una secularización del mito de las hadas en la cultura moderna, una proyección de un mito viejo en una versión nueva. O sea todo desde el campo de lo patológico.

Ahora bien, hasta ahora ninguno de estos planteos está libre de algún prejuicio. Y en este punto, quizás deberíamos ser más jasperianos y librarnos de los mismos. Primero, reconocer que todos los tenemos, aun el más progreso de los progresos. En sí mismo esto no sería un obstáculo en el punto de reconocerlo como propio y no proyectarlo como error de quienes nos consultan. John Mack (1929-2004) tenía en cuenta esto.

Profesor de psiquiatría de la Universidad de Harvard, continuó su formación en la Sociedad Psicoanalítica de Boston. En 1977, el Dr. Mack recibió el Premio Pulitzer en la categoría de biografías por su investigación sobre Lawrence de Arabia. En los años ochenta, se involucró en protestas contra pruebas nucleares en Nevada, estuvo en el Líbano tratando de apoyar los procesos diplomáticos y fundó varios centros psiquiátricos para niños. Su primer contacto con el fenómeno de las abducciones extraterrestres ocurrió en 1989 cuando John Mack era profesor de psiquiatría de la Universidad de Harvard y llevaba más de cuarenta años ejerciendo. En ese entonces, un amigo suyo le contó que un escultor neoyorkino llamado Budd Hopkins (1931-2011) tenía casi una década investigan-

do seriamente los casos de abducción. Mack relata que había descartado la idea de los abducidos asumiendo que ambos, Hopkins y los abducidos, compartían algún tipo de delirio. Al visitarlo quedo impresionado con su sinceridad, profundo conocimiento y verdadera preocupación por los abducidos, quienes habían sido incorrectamente diagnosticados e inapropiadamente atendidos por profesionales de la salud mental. Relata además que lo que más me afectó fue la consistencia en los detalles de los relatos de diferentes individuos de distintas partes del país que no tenían como comunicarse entre ellos, y cuyas historias emergían con dificultad acompañadas por emociones angustiantes.

De abducciones y experiencias

El fenómeno de las abducciones se había popularizado en 1966 con la experiencia de los esposos Barney y Betty Hill ocurrida en 1961, no siendo las más antigua pero si la primera en tener una masiva cobertura mediática, convirtiéndose en el prototipo de los abducidos.

La pareja relató que una noche de 1961 vieron un ovni mientras conducían de New Hampshire a Montreal. Lo extraño fue que los Hill no recordaban lo que habían hecho durante las dos horas posteriores al suceso. Meses después, Barney Hill empezó a sufrir de insomnio y Betty Hill comenzó a experimentar pesadillas nocturnas. Alrededor de 1963, los Hill se contactaron con el Dr. Benjamín Simón. El Dr. Simón examinó a la pareja y no encontró ninguna enfermedad psiquiátrica además de las ansiedades relacionadas con el suceso. A través de la hipnosis, el Dr. Simón fue capaz de reconstruir lo que les había sucedido durante las horas perdidas. Los Hill reportaron haber sido extraídos de su vehículo por pequeños humanoides grises con ojos inusuales que se comunicaban telepáticamente. Estos seres llevaron a los Hill, contra su voluntad, a una nave. Dentro de la nave, los colocaron en una mesa y les hicieron

varios exámenes, al parecer, relacionados con sus órganos reproductivos. Al inicio, los Hill se negaron a creer la experiencia y luego la aceptaron. Con el paso de los años y gracias a las investigaciones ²³se descubrió que existían miles de casos como el de los Hill y que no todos estaban relacionados con la cultura occidental porque muchos de ellos habían sucedido en comunidades nativas de Brasil, Australia, Estados Unidos, Sudáfrica, o Malasia. El modelo psicosocial en este caso ha planteando que fue una sugestión producto de ver el capítulo “Bellerophon” de “The outer limits”²⁴, que había sido emitido dos semanas antes de la abducción de la pareja.

Volvamos a Mack: poco después del encuentro inicial con Hopkins, Mack comenzó a reunirse con varios así autodenominados abducidos en la casa del escultor y, una vez más, quedó impresionado por la consistencia de sus narraciones, y también con la ausencia de signo enfermedad mental (como la autoreferencia) o disturbio emocional evidente que no fuese la secuela traumática dejada por las abducciones mismas. No había una explicación aparente para los reportes de abducción. Entonces John Mack llegó a la conclusión que este grupo de gente necesitaba comprensión y ayuda y reflejaba un misterio más allá de un puro interés clínico, iniciando su trabajo con ellos. En los años siguientes al encuentro con Hopkins, Mack pasó cientos de horas con los abducidos realizando entrevistas y tratándolos. Le sorprendía cómo iban a verlo, asustados de ser considerados locos porque lo que han experimentado no encaja con la realidad común; o la alternativa de que no se les considerara locos y entonces tendrían que enfrentar el hecho de que estas experiencias son reales con lo que eso significa para su visión del mundo, para su futuro y para sus vidas. Una encerrona trágica intergaláctica.

Para Junio de 1992, Mack había estudiado a más de 56 casos de abducción, de los cuales 41 presentaban el criterio básico de una abducción completa: recuerdos, con o sin hip-

23 Mack, John, “Abduction: Human Encounters with Aliens”, 1994

24 Excelente serie de ciencia ficción de los años sesenta, que competía con “The twilight zone” (la dimensión desconocida)

nosis, de haber sido llevados contra su voluntad a un lugar extraño por pequeñas criaturas humanoides que los sometieron a procedimientos médicos y quirúrgicos, en la mayoría de los casos humillantes. De estas 41 personas, 24 eran hombres y 17 mujeres. Entre ellos había dos niños de menos de ocho años de edad. Desde muy temprano, Mack decidió que “abducidos” no era el nombre correcto para agrupar a quienes habían vivido estas experiencias. A Mack le pareció más apropiado llamarlos “**experienters**” (experimentados) y que estaba claro que estas personas no padecían de ningún enfermedad mental y que además, no estaban mintiendo, siendo una experiencia real.

¿Qué es una abducción para Mack?

Primero está el detalle más familiar, que es un evento traumático en el que una luz azul o algún tipo de energía paraliza a la personas, sea en su casa o manejando un auto. La persona no se puede mover. Luego sienten que son extraídos de dónde están. Flotan a través de una pared o de un auto, son elevados en un rayo de luz hacia una nave en la que son sometidos a una serie de procedimientos: los seres los observan, toman muestras de su cuerpo e introducen objetos en su cuerpo. Luego, con esas muestras, crean un tipo de híbrido que los abducidos volverán a ver en las siguientes abducciones. También encontró, como otros investigadores, que algunas abducciones tenían un fuerte componente sexual. Por otro lado, descubrió que algunos de los abducidos presentaban una característica singular: ellos decían tener una doble identidad. Estos abducidos relataban que durante las experiencias podían sentir que tenían una parte humana pero que también tenían una parte que era igual a estos seres y que debían aceptarla.

Siguiendo este planteo, Mack sostiene que las experiencias relatadas, que en la ausencia de evidencia física más robusta son la información más importante que tenemos, sugieren que

los abducidos han sido visitados por algún tipo de inteligencia extraterrestre que los ha impactado física y psicológicamente, un fenómeno que podría no originarse en nuestra realidad física pero que penetra en ella y se manifiesta de diferentes formas. Nunca habló de razas extraterrestres o de encuentros de alienígenas con el gobierno norteamericano, ni siquiera elaboró sobre los verdaderos motivos detrás de las abducciones. Su único objetivo fue presentar una investigación realizada desde la psiquiatría para determinar la autenticidad de los relatos y experiencias de los abducidos. Su teoría es muy simple:

- El fenómeno es real porque existen miles de personas que tienen experiencias similares.

- las investigaciones psiquiátricas realizadas a más de cincuenta abducidos y otros estudios similares, indican que estas personas están diciendo la verdad, que no padecen de enfermedades mentales y que algo inexplicable pero real les sucedió y provocó estos relatos.

- Al parecer, las entidades que han provocado estas experiencias tienen la capacidad de entrar y salir de nuestra realidad física. Probablemente, provienen de otra dimensión o realidad desconocida para nosotros.

John Mack trataba de decirle a la comunidad científica que las abducciones eran reales, que era importante estudiarlas y que para comprenderlas y analizarlas tenían que abandonar su paradigma. De hecho, él era un escéptico del fenómeno OVNI, pero no dejaba de ser psiquiatra, así que empezó a clasificar las características que componen el cuadro típico de una abducción y trató de contemplar la validez de la mayoría de explicaciones que los científicos proponen para las abducciones.

1. La consistencia de las historias entre persona y perso-

na. Esto no se puede obtener simplemente estimulando los lóbulos temporales. Las respuestas serían muy diferentes entre persona y persona.

2. Aparte de las abducciones mismas, no hay nada en la experiencia de vida de estas personas que pueda haber generado esto. No existe ninguna condición mental que pueda explicar este fenómeno.

3. Hay que tomar en cuenta el aspecto físico. Los cortes y otras lesiones encontradas en los cuerpos de los abducidos no siguen un patrón como los estigmas asociados con la agonía de Cristo.

4. La fuerte asociación con ovnis, que a menudo son vistos en la comunidad y por los medios de comunicación, independientemente de la persona que haya experimentado la abducción, quién puede no haber visto al ovni del todo pero que al día siguiente lee en el diario o ve en la televisión que un ovni pasó cerca del lugar en el que sucedió su experiencia.

5. El fenómeno ocurre en niños pequeños de dos años, de dos años y medio y de tres años.

Publico sus investigaciones en varios libros, ganando relativa popularidad, consideradas una de las investigaciones más serias sobre el fenómeno de abducción extraterrestre. Acto seguido, fue objeto de una caza de brujas emprendida por la Universidad de Harvard por haberse atrevido a manchar el nombre de la institución relacionándola con el tema extraterrestre. Tengamos en cuenta que los abducidos es uno de los sectores más repudiados, aun dentro de la ufología. Para la mayoría de científicos, los casos de abducción no merecen un estudio serio ya que no existe ningún tipo de evidencia física concluyente o significativa que los respalde; pero para los investigadores que defienden la existencia del contacto extraterrestre, los testimonios de los abducidos son la mejor evidencia de que somos visitados por entidades alienígenas.

Algunas reflexiones en este plano

Ante de preguntarnos si existe vida inteligente fuera de nuestro mundo, deberíamos pensar si existe la misma en el nuestro. ¿De dónde viene nuestra necesidad de clasificar lo que nos resulta extraño? ¿Temor a perder nuestras estatus de normales? Creo que sería un alivio aceptar que la normalidad, como muchas otras cosas, es un constructo; en ese punto todos somos normaloides, seres que intentan estar cerca de la línea media normal.

¿Pero qué pasaría si nos encontramos ante un hecho extraordinario? ¿Cuáles serían nuestras reacciones? Las diferentes notas en relación a los avistamientos terminan con temor a contarlo, temor a ser considerados locxs por la vivencia experimentada; otro tanto con los abducidos, discriminados aun dentro del ambiente OVNI. Ambos grupos tienen en común la posibilidad de en algún momento cruzarse con algún agente de salud mental que los clasifique de alguna manera. De ahí que si se analiza los diferentes autores en relación al estudio de los delirios nos encontramos que parte de la disquisición entre contenido y mecanismo también tendría que tener en cuenta las consecuencias de cada vertiente. La del contenido necesariamente lleva a patologizar todo lo que este fuera del común del medio y tiempo que vivimos; la del mecanismo ofrece la oportunidad de entender que lo que sucede es un cambio en el aparato psíquico que produce que todo lo que acontece sea puesto en referencia con quien lo percibe, generando sufrimiento subjetivo en quien lo padece. De esto último deberíamos encargarnos los profesionales de salud mental, no determinar la veracidad de los hechos de las personas.

Pero ninguna de las dos resultaría útil sin tener en cuenta los prejuicios que nos atraviesan. Así, resulta tan raro para algunxs profesionales de salud mental el haber tenido un encuentro cercano de tercer tipo como la posibilidad de ser per-

seguidx por una red de trata de personas. Triste pero cierto, muchxs profesionales de la salud patologizan la pobreza por resultarle extranjera y fuera de su mundo, sobre todo si se sigue un modelo estrictamente psicosocial. Por eso lo interesante del planteo de Mack, pese a su deseo de clasificar, entiende que los eventos relatados carecen de elementos semiológicos delirantes pero sobre todo no entra en la lógica de querer contradecir a quienes le consultan por más que su relato vaya en contra de sus propias creencias. El escepticismo de Mack no impidió escuchar el sufrimiento de sus experimentados pacientes.

Por último, cabe mencionar cierta responsabilidad de los medios de comunicación en como transmiten las noticias. ¿Hay algún interés periodístico en chequear este tipo de noticias? ¿Hay algún miramiento en ver como se transmiten este tipo de noticias y su impacto en las creencias, aun cuando hay reportes previos que las desmitifican o confirman? Quien sabe, pero sin dudas la información, sobre todo en una época de bombardeo mediático y posverdad, moldea nuestras creencias más que nunca.

Por ultimo podemos pensar que la “ciencia” del estudio de los OVNIS es un remanente de la botánica del siglo XIX en Argentina. El ultimo campo inexplorado, por eso el que nos resulta más extraño y lejano.

Bibliografía

Abrassart, J-M, “In defense of the psychosocial hypotesis- Another reply to Auguste Meesen”, Sunlite, volumen 3, N°4, julio-agosto 2011

Abrassart, J-M “Review Folie et Paranormal by Renaud Evrard”, Paranthropology: Journal of Anthropological approaches to the paranormal, Vol. 5 N°2 , 2014.

-Álvarez, J. M, La invención de las enfermedades mentales. Madrid, Gredos 2008.

Álvarez JM Fernando Colina, “Los Delirios en la Clínica Francesa”, Ediciones Dorsa. Madrid 1994

Álvarez JM, F. Colina “Clásicos de la Paranoia”, Madrid, 1997

-Álvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F. “Fundamentos de Psicopatología analítica”, Editorial Síntesis, Madrid, 2004.

-AA.VV “Alucinar y delirar”, Tomo II, Buenos Aires, Ed. Polemos, 1998.

- AA.VV, "El Nacimiento de la Psiquiatría" Colección Clásicos de la Psiquiatría, Revisión técnica: Juan Carlos Stagnaro, Editorial Polemos, Buenos Aires 2012
- AA.VV "Lenguaje y Psicopatología", Colección Clásicos de la Psiquiatría, Revisión técnica: Juan Carlos Stagnaro. Selección de Textos. Emilio Vaschetto. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2012

-Bercherie, Paul, Los fundamentos de la clínica, Buenos Aires, Manantial, 1986.

Canguilhem, G., Lo normal y lo patológico. México, Siglo XXI, 1983

-Colina, F. El saber delirante, Editorial Síntesis, Madrid

-Conti N. "Psicosis Delirantes Crónicas" en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XX; Nro. 85, pag.187-199, 2009

Gaupp R. El caso Wagner . 2ª edición. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2001.

Huertas, R., Historia cultural de la psiquiatría. Madrid, Los libros de la Catarata, 2012.

Kraepelin, E., La demencia precoz. 1ª y 2ª parte. Presentación de Juan Carlos Stagnaro, Buenos Aires, Polemos, 1996.

Mack, John, "Abduction: Human Encounters with Aliens", 1994

Napolitano Graciela y colaboradores "El Debate sobre la Paranoia en la mitad del siglo XX", De la Campana, La Plata, 2002

Olmos, Vicente- Juan Ballester "Argentine, the year 1965 in photos", Fundación Anomalía, España, 2006.

Olmos, Vicente- Juan Ballester "Deconstructing a 1950 UFO FAKE", Fundación Anomalía, España

Robe, R Abrassart, J-M, "Case study of a close encounter of the third kind (Nancy, France, 1969): Hallucination or false memory", Sunlite, volumen 9, N°6, 2017.

Scribner S. " Alien fears: Towards a psychology of UFO abduction". 2003.

Serieux P y Capgras J. "Las Locuras Razonantes. El delirio de Interpretación" La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, 2008

Serieux P y Capgras J. "Las Locuras Razonantes", Selección de textos y traducción Nora Carbone- Gastón Piazzè. Presentación Graciela Napolitano, De la Campana, La Plata, 2009

Sheinin D., "Alien sightings and OVNI culture in Argentina", Oxford research encyclopedia of Latin American History, publicación online marzo 2018.

Stagnaro, J. C. (Selección), Los prolegómenos del tratamiento moral, William Batlle / John Monro / Jean Colombier / Francois Doublet / Joseph Daquin / Alexander Crichton, Buenos Aires, Polemos, 2013.

Swain, G., Diálogo con el insensato, AEN, Madrid, 2009.

Swartz Tim "How mainstream press avoid UFO stories", MUFON, mayo 2009

Wernicke, K., Tratado de Psiquiatría, Colección Clásicos de la Psiquiatría; Traducción Prof. Dr. Diego Luis Outes y Dr. José Víctor Tabasso, Polemos, Buenos Aires, 1996.

VIAJE MARAVILLOSO

DEL

SEÑOR NIC-NAC

EN EL QUE SE REFIEREN LAS PRODIGIOSAS
AVENTURAS DE ESTE SEÑOR
Y SE DAN Á CONOCER LAS INSTITUCIONES,
COSTUMBRES
Y PREOCUPACIONES DE UN MUNDO DESCONOCIDO

FANTASIA ESPIRITISTA

Publicada en "EL NACIONAL"

POR

EDUARDO LADISLAO HOLMBERG



BUENOS AIRES.

IMPRENTA DE "EL NACIONAL" CALLE BOLIVAR 67

1875

¡Otra vez los degenerados!

Diego Costa

La intoxicación, que Melero describió en nuestros Encuentros Mupsi-cales como una farmacología silvestre y su relación con los degenerados

“Morel, el gran escrutador de la degeneración, reduce ésta en el fondo a la intoxicación. Una generación que toma regularmente, aun sin exceso, estupefacientes y excitantes bajo no importa qué forma (bebidas fermentadas, tabaco, opio, haschisch, arsénico), que come cosas corrompidas (centeno tizonado, maíz podrido), que absorbe venenos orgánicos (fiebre palúdica, sífilis, tuberculosis, bocio), engendra descendientes degenerados que, si permanecen expuestos a las mismas influencias, descienden rápidamente a los grados más bajos de la degeneración, al idiotismo, al onanismo, etc. Que la intoxicación de los pueblos civilizados continúa y aumenta en la mayor proporción, la estadística lo revela perfectamente...”

Max Nordau, Degeneración, 1902

Ya hemos hablado del cráneo deforme de Lombroso y su afición por el espiritismo, de De Veyga y sus invertidos sexuales, de Bunge y su pánico homosexual, de Ingenieros, siciliano arrepentido. Dirán que veo degenerados por todos lados. No

lo voy a negar. Pero si insisto con el tema, es porque pienso que lo “degenerado” condensa un núcleo de sentidos que puede funcionar como clave para entender algunos de los más oscuros capítulos de la historia de la psiquiatría y, quizás, de nuestra psiquiatría actual.

Del mismo modo que el invertido sexual, el tano del sur, el morocho o el criminal nato, la tara del toxicómano, se decía, era explicable por su degeneración. En un lugar equivalente al de la sífilis, el consumo de alcohol y drogas se incluía en las historias clínicas dentro de los “estigmas” de degeneración más comunes, junto al prognatismo, la implantación baja de las orejas o los genitales de magnitudes mayores a la media.

Y así como el tamaño de los genitales era producto de los vergonzantes hábitos onanistas de ciertos degenerados inferiores, y la sífilis consecuencia de otras tantas costumbres inmorales típicas de los grupos afectados por esta tara, así también se entendía a las toxicomanías como signo de degeneración, a la vez causa y efecto, en un círculo marcado por una predeterminación fatal, cuyo único tratamiento posible era la profilaxis o la eugenesia. Se decía, por ejemplo, que el alcohol afectaba el plasma germinal y, a su vez, que los degenerados tenían un déficit hereditario de la voluntad que los hacía proclives a todo tipo de vicios.

Pero al mismo tiempo en que se trataba de privar a la plebe del flagelo de las drogas y el alcohol, había una elite que necesitaba argumentos para permitirse consumir sin culpa sus propios venenos. Para lograr esto, nuestros ya conocidos positivistas tuvieron que ir afinando su discurso, tomando, por ejemplo, entre otros convenientes autores, los escritos de Paul Sollier, que venían con el sello de legitimidad de la Salpetriere y del círculo de Charcot. (Se dice también que Sollier fue terapeuta de Marcel Proust, y fue quien introdujo al escritor a los secretos de la memoria que le inspiraron la escritura de los

siete ladrillos de “En busca del tiempo perdido”). El aporte de Sollier fue entonces postular que el efecto del alcohol en los “dipsomaníacos” o “alcohólicos hereditarios” era mucho más dañino que en aquellos que habían adquirido el hábito pero no poseían las taras de la degeneración. Para decirlo con claridad: si eras de familia de degenerados (piel oscura, italiano de La Boca, judío o andaluz), eras un dipsomaníaco. Pero si tenías un apellido de peso, que asegure tu sangre criolla o ancestros nórdicos, podías emborracharte y endrogarte sanamente.

Si bien con algunos matices (había una sutil divergencia de opiniones en torno al mayor o menor peso relativo de los factores hereditarios por sobre los ambientales), la teoría del degeneracionismo se instauró como doctrina oficial en la ciencia occidental en un momento clave en la historia de las ciencias: se trata de un período de más de medio siglo (segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX) en el cual, de la mano del positivismo, el discurso científico logra ubicarse, por primera vez, y hasta el día de hoy, como el discurso de mayor autoridad, no sólo en la medicina, sino en todo el campo de las ciencias y la cultura general.

Con el peso de esa autoridad, Max Nordau, uno de los reyes del degeneracionismo, decretó que “los autores de todos los movimientos fin de siècle en arte y en literatura son unos degenerados” y que “no es necesario medir el cráneo de un escritor o ver el lóbulo de la oreja de un pintor, para reconocer que pertenece a la clase de los degenerados”.

Y es en este escenario, tal como lo plantea Nordau en su célebre libro “Degeneración”, que gran parte de los personajes retratados en la llamada literatura decadentista se pasean por el mundo de los paraísos artificiales del láudano, el éter o el ajenjo.

Tal como dijimos en números anteriores, al hablar de Lombroso, Ingenieros o Carlos Octavio Bunge, si bien los términos que usaban los degeneracionistas en un momento deja-

ron de usarse (luego de medio siglo durante el cual se usaban para explicar todo tipo de conducta humana no considerada “normal” para el hombre blanco heterosexual y europeo), tenemos que admitir que el trasfondo de los prejuicios heredo-degeneracionistas sigue vivo hoy bajo otros disfraces.

De modo que no es necesario haber recorrido los salones modernistas de la Europa de *fin de siècle*. En algunos sectores de la provincia de Salta, por ejemplo (y seguramente en otros rincones del país), se decía hasta hace no mucho tiempo, que no era recomendable alentar el estudio de la guitarra en la juventud, con el argumento de que los guitarreros y los poetas “son todos picheros”¹.

Degenerados o no, lo cierto es que hubo una generación de escritores que utilizaron las drogas y el alcohol como tema y sustancia de muchos de sus escritos (también más de un guitarrero, y ni que hablar de la tan gastada asociación rock/drogas). A falta de un decadentista argentino (según se enseña en Puan, nuestro modernismo literario fue una versión “careta” del decadentismo francés), reproducimos a continuación un relato de Víctor Hugo Viscarra (1958-2006), conocido como “el Bukowski del altiplano”, respetado poeta, escritor y, como él mismo se presentaba: “antropólogo: experto en antros”.

Y para el que le interese algunos capítulos del tratamiento de los “degenerados y viciosos” en la psiquiatría argentina, pueden leer este número de la revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina: <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas12/Indice.htm>

1 Regionalismo salteño que se usa para referirse a los que viven de la noche y el alcohol



Delirium Tremens

Víctor Hugo Viscarra

No hay sol, tan sólo brumas viven alrededor y dentro de nosotros. La luna está al alcance de un telescopio, mientras sus eternos amantes, los poetas y perros vagabundos, lloran su despecho, los unos embriagándose con alcohol y amarguras, y los otros, recibiendo puntapiés en sus cuartos traseros.

Yo nací poeta, pero me parieron encima de un camastro donde muchísimas parejas clandestinas se habían revolcado amándose. Mas, este detalle no tiene importancia porque, quejándose, uno desmerece al poeta que lleva adentro y sólo consigue llenarse de autocompasión y desventura.

Entonces, elevé mis pasos hacia las alturas, buscando entre las estrellas aquella felicidad que no figuraba en ninguna de las páginas del diccionario. Paseé mis manos reseca sobre desiertos cubierto de piel, tratando de encontrar la ternura que tanta falta me hacía. Besé bocas desdentadas de mujeres más viejas que el olvido, y en ellas hallé soledades que no querían ser compañeras de una soledad tan absoluta como la mía. Mendigué comida y tan sólo huesos me dieron. Supliqué un poquito de agua, y en mis labios secos se estrellaron líquidos tan amargos, que su hedor no hace juego con el que mis poros exudan.

Para entonces ya conocía las caricias etílicas que en mí despertaban los placeres que, desde feto, no había experimentado. Esos placeres me quitaban el miedo a lo desconocido. Un miedo que me había hecho conocer comisarías, cantinas, prostíbulos, golpes a traición, huidas anticipadas; noches sin techo, sueños sin lecho; paseos interminables buscando la madrugada; besos clandestinos, besos no clasificados; amigos de los ajeno, voladores etéreos con químicos fantasmales, pedi-

güños de centavos que necesitaban matar hambres ancestrales, cargadores de gulas ajenas; perdedores, perros que afilaban sus caninos en mis pantorrillas; basurales donde, con otros desgraciados, quemábamos basura para adelantar fogatas sanjuaneras; compañeros de infortunio que sólo necesitaban de mí un simple oidor de sus silencios tan elocuentes.

Y aún así, yo seguí bebiendo ilusiones y esperanzas. Soñé con Dios y acabé conjugando con el diablo. Me hice querer y terminé siendo odiado. Y en el fondo de este paroxismo, muchas, muchísimas veces, con un tenue sabor a derrota, desperté echado en cualquier lugar, como los desperdicios que los malos vecinos echan en las calles.

Muchos golpes recibí y no hubo manos samaritanas que vengan a restañar las heridas que aún me duelen, y cuando el Destino se acordó de mí, sembrando en mi interior soluciones definitivas, elegí el camino que me ofertaba, y tres veces tres acabé fracasando.

Le escribí al Amor y me arrepentí, porque yo no lo había conocido. Le dediqué mis versos al Dolor y él se ensañó aún más conmigo. Hablé, a través de mis versos, con Felicidad, Fe, Caridad, Bienaventuranza, Esperanza, Sinceridad, Confianza, y otras bellas divinidades, y todas ellas me hicieron saber, en una noche fría y tormentosa, que jamás se meterían conmigo. Entonces corrí frenético hacia Amistad y ella fue la única que se apiadó de mí, mientras, adrede, me alejé de su lado, pues creí que ella también me golpearía...

Retorné a mi infierno y aumenté sus llamaradas quemando mis intestinos, haciendo arder mi alma, reduciendo a cenizas mi espíritu, calcinando mis esperanzas, carbonizando mis pensamientos, sacrificando mis versos, tornando humo mis palabras, secando mis recuerdos y ennegreciendo de hollín las montañas del horizonte.

Y trastoqué el presente y el olvido, el ayer y el futuro, el placer con la amargura, la piedad con el sadismo, el bienestar con la maldad; la coma con el punto, el aymara con el quechua, como si no supiera que, aparte de ladrar como los perros, yo era poeta, y nadie entendía ni un carajo qué era lo que había pretendido plasmar este poeta.

Y mi mente se volvió lúcida: conocí fantasmas, delirios, visiones, “perseguidoras”, cadáveres, silencios bulliciosos, sangre, sudor frío; dolores ficticios, dolores auténticos; confusiones, interrogantes, caos, miedos. Temblaba mi cuerpo, y ese temblor se negaba a salir a través de mis poros. Y mi mente, mi pobre mente que sólo sabía de poemas, se volvió loca, y yo, poeta bueno y solidario, me solidaricé con ella.

Desde entonces ambos buscamos la lucidez perdida, mientras persistimos en quemar todavía lo que aún no se había extinguido, como la poca sobriedad que se niega a ser echada al olvido. Que sean otros elixires, más ardorosos y destructivos, los que me hagan olvidar que en mí no hay más lucidez, que la locura me hace ver estrellas donde para los demás no hay nada.

Me orino de miedo mientras ellos me miran y mueven torpemente sus cabezas como si pensarán: “A este loco, el alcohol le está trastornando...”. Pero, yo no estoy loco, nunca dije que yo era loco o algo parecido. Yo estoy consciente y, como poeta, en verso les digo: “No dejéis que fauces apocalípticas os acechen, no dejéis que el invierno torne vuestro sol en luna misteriosa; no permitáis que vil guadaña como a mies os coseche, porque entonces vuestra fe será arrancada como desvencijada rosa.”

No me digan que mis ojos están regando mis mejillas. Eso no es así. La artera lluvia es la culpable de este estropicio, y por eso yo río y río, aunque etílica saliva fluya por donde dientes

me faltan. Los avatares del infortunio me han conducido a este extremo y por eso estoy vagando por cualquier parte, lagrimeando mi lucidez y mi cordura, temiendo que alguien o algunos vengan a destruirme para robar mi poesía, para hacerme mal mientras observo el firmamento, para terminar conmigo aunque nunca les hice daño, para herirme y torturarme. (¿Saben?, todos aquellos que me están mirando son malos y siempre me han vigilado).

Mi indiferencia les ha dolido tanto, que quisieron que yo cohabite con la muerte, mi hermana gemela, para así apoderarse de su guadaña, de plata su mango y repujada en oro su afilada azada. Quieren matar a mis hermanos perros, hermanos carnales míos y de Francisco de Asís. Les falta tiempo para elucubrar sus concupiscencias y hacerme carne de cañón para experimentar el odio sádico que me tienen por ser poeta, mientras ellos tan sólo son simples mortales.

Por eso les tengo miedo; los miro y sin querer tiemblo. Ellos mueven las paredes con las que pretenden aplastar mi poesía. A mi día lo vuelven noche y evaporan mi sangre emblanquecida y ética para que no les cante a mis amadas, a esas flores púberes que se sonrojan en los jardines. Para que no les cante a mis amores que se marchitan en los floreros de templos y abadías. Para que no ensalce a mis amantes, quienes, cuando pretendo acariciarlas, llenan de espinos las palmas de mis manos. Para que no me alabe a mí mismo por ser lo más indigno de la creación, y ellos, mis enemigos, los ángeles más bellos.

Pero ahora estoy temblando. Por mi cuerpo recorren miles de gusanos; están en mis dedos, en mi pecho, mis piernas, mis venas, mis carnes, y me están devorando. Me están comiendo vivo y se están tomando mi alcohol y comiéndose mis poesías, recorren por mis venas cual turistas, cual verdugos, cual sádicos, cual hambrientos. Y se reproducen, y yo me rasco con fuerza y eso aumenta su número. Me revuelco en el

suelo y ellos crecen; me golpeo contra el piso y las paredes y ellos crecen; puñeteo el suelo y aumentan; y no puedo gritar porque se han tragado mi lengua, no puedo pensar porque ya han devorado mi cerebro... Y ya no soy poeta, si no, tan sólo una colonia infestada de gusanos.

Gracias a una de mis poesías, una de mis manos invadidas agarra un cuchillo del suelo. Lo empuño, lo aferro con débil fuerza y me doy un tajo en las piernas y los gusanos siguen aumentando; abro profundos surcos a lo largo y ancho de mi cuerpo tiñendo de rojo el piso, y ni uno de ellos se da por aludido. Con las pocas fuerzas que me quedan, los busco por todo mi cuerpo: no los encuentro, pero ellos siguen aumentando. Y cuando uno de ellos, el más osado, toca mi corazón, mis débiles manos apuntan con el cuchillo y, sin medir consecuencias, lo clavan en él, y de lejos, de muy lejos, siento la agonía del gusano, y sé entonces que ellos me han derrotado.

Texto extraído de “Alcoholatum y otros drinks” de Víctor Hugo Viscarra (2000)

El cielo está embartulado

Víctor Ariel Pagano

Drogas y cárcel: una historia de experimentación y control

En tiempos de encierro aislamiento social preventivo obligatorio, me invitan a escribir sobre un experimento con drogas alucinógenas que se llevó a cabo en una cárcel. Y a pesar de haber sido puesta casualmente, la lista de “Slow blues” de Don’s Tunes -a quien le estoy muy agradecido por su buen gusto para armar la selección¹- ayuda a crear el clima. Quizá sea lo enrarecido de todo lo que se vive en estos días de monotonía que hace que me parezca que esté bueno cambiar un poco el registro, explorar otros estilos y otras temáticas. La idea me gusta: veamos qué ocurre.

Porque mi vida -como la de todos- tiene sus derivas, puedo contarles que trabajé algunos años en una cárcel, y por ahí es que vino el pedido. Pero como mis conocimientos sobre el tema de la medicación psiquiátrica en la cárcel no pasaban de los rudimentos que quedan al alcance de cualquiera de los que hemos trabajado allí, me puse en contacto con un psiquiatra amigo que también trabaja en el Servicio Penitenciario Federal² y que me brindó la asistencia técnica para escribir lo que

1 Lo pueden encontrar en las “principales plataformas de reproducción de música en línea” (desde la dirección de Atlas me prohibieron las PNT y mencionar a Spotify o a Youtube).

2 Reconocido miembro además del Capítulo de Psiquiatría y Salud Men-

resta de esta sección, en las que les contaré algunas curiosidades sobre el consumo de medicamentos psiquiátricos en establecimientos penitenciarios.

Empecemos por el nombre genérico que reciben estas drogas, que pasan a ser los “bártulos”. De este vocablo se derivan a su vez “embartulado” -que puede aplicarse a una persona que consumió o a una preparación, por el ejemplo el agua del mate o la masa de un bizcochuelo- y “bartulero”, una persona que suele consumir este tipo de droga.

Están también los nombres particulares de algunas drogas. El clonazepam es, por lejos, la más solicitada por la población penal y tiene, a falta de uno, dos nombres: “la clona” y el “gusanito”. El uso del femenino puede parecer curioso, aunque no tanto si pensamos que la mayoría de los nombres de las drogas son femeninos, tanto en sus nombres formales como en sus nombres más informales. Así tenemos, por ejemplo, a la cocaína, la marihuana y la heroína; pero también, genéricamente, la falopa, o la merca, la milonga, la pepa³. “Gusanito”, en cambio, viene de la presentación comercial de la marca Bagó, de 2mg, la pastilla alargada con cuatro ranuritas y que parece, por tanto, un gusanito. De “gusanito” también se deriva “engusanado”, en usos similares a “embartulado”. El alprazolam entraría también en esta categoría de la clasificación “tumbera”.

Otras drogas que también los internos suelen reclamar son aquellas que nombran como “la plancha”: aquí estarían la clorpromazina, la levomepromazina o la prometazina. Las llaman así porque suelen acumularlas y tomar varias dosis juntas, para quedar “planchados”. Otras drogas de uso médico que se administran en las cárceles son la carbamazepina, la pregabalina y el Valcote (divalproato de sodio), y los internos, en lugar

tal en los servicios penitenciarios de APSA

3 Esta relación de la droga con la mujer, como todos saben, sirvió de inspiración para las letras de innumerables canciones de muchos géneros, mejor o peor logradas.

de consumirlas de acuerdo a las indicaciones, muchas veces las reducen a polvo y las aspiran, en un intento de imitar el consumo de cocaína. Hay además drogas que los presos suelen pedir pero que no se les brindan, al menos en el sistema federal, como el biperideno (por sus efectos alucinógenos en altas dosis).

La reducida disponibilidad de profesionales de la salud mental en las cárceles hace que, en muchos casos, la droga sea todo tratamiento. Y, por supuesto, en algún punto terminan siendo funcionales, porque ayudan a que la población no esté exaltada. A tal punto es que el mismo psiquiatra amigo me decía hace poco que tenía que guardar bajo siete llaves la medicación para que no se la roben, pero no ya la población penal, sino los mismos agentes, hartos de los pedidos insistentes de los internos.

Sin embargo, un poco más atrás en el tiempo, existieron otros enfoques para la administración o la experimentación con drogas en contexto de encierro. Los invito, entonces a leer la próxima sección.

El Experimento de la cárcel de Concord

El experimento de la cárcel de Concord -llevado a cabo entre 1963 y 1965-, tal y como da a sospechar su nombre a nuestro sagaz lector, tuvo lugar en la cárcel de Concord, formalmente llamado *Massachusetts Correctional Institute Concord*, ubicado en las afueras de la ciudad estadounidense de Boston, suficientemente cerca de Harvard. Y menciono a Harvard porque fue esta universidad quien sostuvo el experimento.

El equipo que lo llevó adelante, en un experimento anterior había suministrado psilocibina a un grupo de personas (en situaciones controladas) y de esas experiencias habían obtenido la conclusión de que el 88% habían aprendido algo

valioso acerca de sus vidas, mientras que el 62% había vivido un cambio para mejor gracias a esa experiencia. Por último, algunos de los individuos habían vivido un cambio trascendental, similar a una conversión religiosa.

Quizá este último grupito fue el que entusiasmó al líder del equipo, que decidió extender el experimento a convictos, a fin de probar si la administración de psilocibina podía mejorar los índices de reincidencia criminal de los condenados. Lograr esta baja demostraría en principio de forma más cabal que reportes o tests, los efectos positivos de una psicoterapia basada en una administración asistida de psicodélicos; de todas maneras también se administraron tests para medir los eventuales cambios en la terapia.

Se escogió a 32 internos que estuviesen cerca de una libertad bajo palabra, con algunos pocos individuos a los que faltara algo más de un año. El tratamiento fue administrado en el contexto de una terapia grupal, con grupos de cuatro internos y dos miembros del equipo, y duraba seis semanas, con dos reuniones por semana. Las primeras semanas incluían la toma de los primeros test y charlas en las que se discutían entre otras cosas los resultados de los test, junto con la preparación para la primera experiencia con la droga.

La toma tenía lugar en una experiencia de un día completo donde se administraba entre 20 a 70 mg de psilocibina. Luego continuaban algunas sesiones más (sin droga), donde se analizaba la experiencia, y una segunda sesión con las drogas -que en la mayoría de los casos era la última dosis- y más reuniones para analizar la experiencia. Luego de la última reunión se volvían a administrar los tests iniciales para comparar los resultados.

El total de ciclos, como mencionamos arriba, llevó cerca de 2 años e incluyó a 32 sujetos. En la mayoría de los ciclos se

incluía a un interno que hubiese completado ya el ciclo a fin de brindar a los internos un par con experiencia en la droga. Así también, uno de los dos miembros del equipo, a fin de demostrar solidaridad y confianza en el potencial sanador de la sustancia, consumía una dosis junto con los internos en las sesiones correspondientes.⁴

Aunque inicialmente no estuviesen planeadas como parte del experimento, una vez que algunos de los internos que habían finalizado el tratamiento era aprobado para egresar bajo palabra, se empezó a evidenciar la necesidad de efectuar reuniones adicionales con el grupo a fin de ayudarlo a formar una nueva vida fuera de la prisión, lo que implicaba asistencia para conseguir casa o albergue, trabajo y asistencia psicológica. Sin embargo en 1965, el líder del equipo de investigadores mencionó en uno de sus trabajos que esta fase del tratamiento nunca fue adecuadamente desarrollada, que subestimaron la importancia de una casa de medio camino y que todo se redujo a una serie de encuentros informales con algunos de los sujetos.

En los años siguientes, el Experimento de la Cárcel de Concord gozó de cierta reputación, desde haber demostrado algunos resultados benéficos hasta ser un éxito absoluto en su intento de reducir la reincidencia, además de haber mejorado sustancialmente los indicadores de los tests que se habían administrado a los sujetos del experimento. Las primeras mediciones tuvieron lugar a inicios de 1963, cuando 28 de los 32 sujetos ya habían egresado, con un promedio de 10 meses de tiempo en libertad.

En este primer seguimiento, según se reportó en un trabajo publicado en 1968, la tasa de reincidencia fue del 32%,

4 Las malas lenguas dirían que, además de la demostración de solidaridad y confianza, aprovechaba la volteada para tomar de la buena bancado por Harvard; pero nosotros no caeremos en esos chismes malintencionados.

es decir, un poco más de la mitad de la base calculada para esa prisión, que alcanzaba el 56% según mediciones llevadas adelante por su equipo. En un trabajo publicado algunos meses más tarde, ya en 1969, informó que la tasa había sido del 27%, mientras que años más tarde, en ocasión de escribir su autobiografía –quizá ya hayan empezado a sospechar de quien se trataba- sostuvo que gracias a estas intervenciones “habían mantenido el doble de ex convictos en la calle [en comparación con los que no habían hecho el tratamiento]”.

El período más largo de recolección de información llegó hasta julio de 1964, cuando 27 de los sujetos fueron evaluados en un período de tiempo de 18 a 26 meses luego de su libertad, y mostró que los índices de reincidencia no habían variado de lo esperable para el grupo de control. Sin embargo, aquí es necesario hacer una nota técnica: al menos a los fines de este estudio, la “reincidencia” (*recidivism*) se contó como cualquier reingreso a la cárcel, por cualquier motivo. En este sentido, pueden diferenciarse los reingresos por nuevos crímenes de los generados por “faltas técnicas” que no son en sí mismos crímenes, como puede ser ausentarse del domicilio declarado sin justificación, no reportarse, o emborracharse. Según el investigador, lo que había cambiado la psicoterapia y se había convertido en el principal indicador de su éxito, era que a pesar de que la tasa de reencarcelamiento se había mantenido, la tasa de nuevos crímenes se había reducido en favor de mayor proporción de faltas técnicas. Y a su vez, este mayor número de faltas técnicas se debían a que, al estar los sujetos bajo una vigilancia más estricta, debido en parte también al experimento, estas faltas habían quedado en evidencia en mayor proporción que el resto de los internos liberados bajo palabra. Por lo que, según sus palabras: “La conclusión principal puede establecerse como la siguiente: un año y medio luego de la terminación del programa, la tasa de nuevos crímenes se ha visto *reducida*”.⁵

5 “The main conclusion can be stated as follows: One and one half years after termination of the program, the rate of new crimes has been reduced”.

Sin embargo, el experimento fue revisado casi treinta años después, en un trabajo publicado por Rick Doblin, en el Boletín de la Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies -y del que hay que decir que fue la principal fuente de información para esta sección. Doblin ha señalado serios problemas metodológicos en los reportes originales. En primer lugar, la comparación que se habían hecho entre las tasas de reincidencia es incorrecta metodológicamente: se habían tomado para los sujetos del programa la tasa de reincidencia a los 10 meses, mientras que para el resto de la población penal, la tasa de reincidencia a los 30 meses, considerando además que es una cifra que tiende a crecer a medida que pasa el tiempo. De hecho, si se comparan la tasa de reincidencia de los dos grupos a los 10 meses, las cifras muestran un 32% para el grupo de experimentación, y un 34,3% para el grupo de control, y esta reducción de un 2%, en especial con un total de casos tan pequeño como 32 personas, no parece ser significativo.

Además, otro grosero error metodológico que señala Doblin es que originalmente contabilizaron en sus reportes únicamente la causa del primer reingreso, que en muchos casos fue como se dijo por violaciones técnicas a la libertad bajo palabra, cuando los registros muestran que luego de esos primeros reingresos existieron también otros reingresos justamente por nuevos crímenes. Para el estudio de seguimiento a largo plazo que propuso Doblin, sin embargo, no fue posible hallar los registros de los 32 sujetos, sino sólo de 21. De esos 21, la tasa de reincidencia fue del 71%, con 15 de los 21 internos que regresaron a prisión; pero suponiendo que la muestra no fuera representativa, el rango posible de los 32 sujetos oscila entre el 56% y el 88%, con lo cual tampoco se evidencia ninguna reducción significativa.

¿Por qué entonces el equipo que llevó adelante el experimento sostuvo hasta el final de su vida su supuesto éxito?

Quizá nos pueda iluminar en este aspecto un poco algunos aspectos biográficos de la vida del investigador principal. Como ya dije al pasar, puede que ya hasta hayan sospechado quien era: *Timothy Leary*. Si ya conocen su historia, pueden saltarse la próxima sección, pero en todo caso seguramente se habrán dado cuenta de que no nos encontrábamos frente al típico criminólogo.

Turn on, tune in, drop out

Para quien no lo conozca, o simplemente quiera hacer un breve repaso biográfico, le cuento que Timothy Leary fue, luego de ser despedido de Harvard, un famoso activista por la legalización de las drogas alucinógenas. Según mencionan las fuentes consultadas⁶, dejó también a la Humanidad uno de los lemas más difundidos de la contracultura hippie, justamente el que encabeza esta sección, que titulaba también un disco hablado que grabó en 1966 explicando su teoría de una consciencia trascendental y cómo el LSD ayudaba a alcanzarla, y que se popularizó –el lema, aunque quizá también la consciencia trascendental- a partir de un discurso frente a la comunidad hippie de San Francisco en Golden Gate Park, en 1967.

Según la reseña que nos da sobre él la mismísima Harvard –y si lo dicen ellos debe ser cierto- comenzó junto con Richard Alpert a investigar los efectos de estas drogas en la consciencia. Sin embargo, pronto sus colegas empezaron a criticar sus experimentos, tachándolos de poco científicos (entre ellos, los de Concord justamente). El hecho de que los mismos investigadores consumieran las drogas destinadas a la experimentación, la selección no aleatoria de los sujetos de experimentación, el haber experimentado con alumnos de la universidad –lo que le costó el puesto en la universidad a Alpert- y sus cada vez más difundidas acciones públicas por la legalización de estas dro-

⁶ En este punto en particular, sobre la frase y su historia, por las “fuentes consultadas” debe entenderse Wikipedia.

gas hicieron que las voces de su colegas en Harvard se alzarán contra ellos.

Después de algunos arrestos por tenencia de marihuana y una ardua batalla legal, Leary fue encarcelado en 1970. Ayudado por un grupo llamado Weather Underground, de extracción también hippie y con ideología anti-Vietnam, escapa hacia África, pero luego de algunos viajes a Suiza, Líbano y Afganistán es extraditado y devuelto a California. Pasó por varios establecimientos y al parecer, durante un tiempo, tuvo de vecino en la prisión de Folsom⁷, al mismísimo Charles Manson, de lo que hasta hay escrita alguna obra de teatro sobre el tiempo que “compartieron” forzosamente. Nixon llegó a decir de Leary que era el “hombre más peligroso de América”, lo cual, visto quien fue durante un tiempo su compañero de presidio, podemos creer que en su momento fue considerada como algo más que una frase exagerada.

Como última nota, casi al pasar, diremos que en tanto Leary describió su primera experiencia de consumo de LSD como “por sobre cualquier otra, y sin dudas, la más profunda experiencia religiosa de mi vida”⁸; y que uno de sus intentos por alcanzar la legalización de su consumo pasó por solicitar la inscripción de una nueva religión, en la que el consumo de LSD era justamente su sacramento. La solicitud fue, sin embargo rechazada.

Y llegamos al bajón

Hoy el experimento de la cárcel de Concord nos puede parecer un poco estrambótico. Intentar reducir la reincidencia

7 La misma del disco de Johnny Cash, dato rockero e innecesario pero simpático.

8 “above all and without question the deepest religious experience of my life.”

criminal con dos sesiones de consumo de psilocibina hoy nos parece o bien ingenuo, o bien cínico. Pero si todos hablan de esa época -los 60's, al menos en Estados Unidos, acá la historia era un poco otra- como una época con reglas bastante particulares quizá sea por cosas como estas, con Harvard administrando drogas a presos.

Sí mencionaré, para los fans de Leary, que la historia parece haberle dado revancha, al menos en parte. Por ejemplo, un estudio titulado “Hallucinogen use predicts reduced recidivism among substance-involved offenders under community corrections supervision” publicado en 2014 en el Journal de la British Association of Psychopharmacology, el uso de drogas alucinógenas efectivamente tendría efectos positivos en la reducción de la tasa reingreso debidas a faltas técnicas asociadas a la libertad bajo palabra, a diferencia de otras drogas, como alcohol, marihuana u opioides que aumentaban dicha tasa.

Es difícil por último hacer una evaluación justa de cuánto del experimento intentaba ser una proclama política a favor de la legalización y cuánto era un verdadero estudio científico para los estándares de su tiempo. Y si mencioné el fallido intento de registrar una religión por parte de Leary es porque justamente coincide con la idea que la criminología empezará a formalizar algunos años más tarde, señalando cómo la reducción de la reincidencia del delito - más allá de intentar mejorar la vigilancia post liberación o aumentar las penas- precisaba de un cambio en la personalidad del criminal, un cambio lo suficientemente trascendente como para que el ex convicto adquiriera una nueva perspectiva sobre su propia vida. Quizá Leary, en un pincelazo de genialidad, intuía esto y su interés por reducir la reincidencia de los internos era sincero; quizá sólo fue un intento de sumar argumentos en su lucha política por la legalización de las drogas psicodélicas. Lo que sí ha dicho es que subestimó la importancia de los programas de egreso, como la necesidad de una casa de medio camino, conseguir un trabajo, etcétera.

Claro que, de haber podido disponer de todas esas herramientas, las conclusiones de su experimento también se habrían visto seriamente distorsionadas, porque son justamente esas herramientas las que hubiesen reducido las tasas de reincidencia, sin que el consumo de psilocibina tenga gran incidencia. En todo caso, llegar a una conclusión determinante acerca de esta idea queda por fuera del alcance este artículo.

Quedan a lo sumo estas líneas como una invitación para que nuestro psicodélico lector siga reflexionando sobre si es posible, y de qué manera, mejorar la sociedad a base de “bártulos”.

A modo de bibliografía:

Aparte de las comunicaciones personales mencionadas, para escribir este artículo navegué por varias páginas, pero las que más me ayudaron la información, fueron estas:

- DOBLIN, Rick, “Dr. Leary’s Concord Prison Experiment: A 34 Year Follow-Up Study” en Bulletin of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies – Vol. 9 N° 4 Invierno 1999/2000:

[<https://maps.org/news-letters/v09n4/09410con.bk.html>]

- Hendricks, Peter S. (et. Al), “Hallucinogen use predicts reduced recidivism among substance-involved offenders under community corrections supervision” en Journal of Psychopharmacology, British Association of Psychopharmacology, Vol. 28 N° 1, páginas 62-66, 2014:

[<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881113513851>]

- “How LSD Went From Research to Religion”, en JSTOR Daily:

[<https://daily.jstor.org/how-ldd-went-from-research-to-religion/>]

- “Timothy Leary”, página biográfica del Departamento de Psicología de la Universidad de Harvard:

[<https://psychology.fas.harvard.edu/people/timothy-leary>]

- “Turn on, tune in, drop out” entrada de Wikipedia:

[https://en.wikipedia.org/wiki/Turn_on,_tune_in,_drop_out]

Seis maneras para volver loco a alguien y siete motivos por los cuales hacerlo

Javier Fabrissin

Un tutorial sobre psicopatía publicado en el British Journal of Medical Psychology

Harold Searles en 1959, publica “El esfuerzo para conducir a otra persona hacia la locura –un elemento en la etiología y psicoterapia de la esquizofrenia” (Harold Searles, 1959).

Se trata de una serie de estilos de comunicación interpersonal, cada una de los cuales tienden a socavar la confianza del otro respecto de sus reacciones emocionales y de su percepción de la realidad.

Estas técnicas pueden establecerse por parte de los pacientes hacia los terapeutas, quienes deben poder tolerar dichos modos de comunicación sin desquitarse con ellos.

1. Llamar reiteradamente la atención, criticar, hacer observaciones, etc., sobre aspectos de la personalidad del otro, respecto de los cuales éste no es plenamente conciente o, directamente, no los reconoce.

2. Excitar sexualmente al otro en situaciones en las que resultaría desastroso para éste buscar gratificación.

3. Exponer simultáneamente al otro a la frustración y estimulación, o bien alternar rápidamente una y otra.

4. Exponer al otro a situaciones en las que se le plantee

planos de carácter incongruentes. Por ejemplo, hablar de política mientras se ejecuta un baile sensual.

5. Cambiar el tono emocional con el que se trata un mismo asunto (considerar en serio y luego en broma la misma cosa).

6. Cambiar de un tema a otro manteniendo el mismo tono emocional (discutir con igual tono emocional un asunto de suma gravedad que otros más insignificantes).

Ocho motivos por los cuales se puede querer volver loco a alguien

1. Porque se quiere destruir al otro, siendo el equivalente psicológico del asesinato.

2. Por un deseo de externalizar y sacarse de encima la amenazante locura de uno mismo.

3. Por el deseo de que cese una situación de suspenso y conflictiva (“vivo con miedo de que se vuelva loco, pues lo vuelvo loco”).

4. Porque los padres del futuro psicótico son un poco locos.

5. Para asegurarse un compañero para calmar una insostenible soledad [la de los padres].

6. Por el deseo de alentar en el otro el establecimiento de en una cercanía “más sana”, mediante una mejor integración tanto interpersonal como intrapersonal.

7. Porque la madre [eran otras épocas] del paciente piensa que se volvería loca si su hijo se vuelve un individuo que toma distancia de ella.

8. Logro, perpetuación o recaptura de gratificaciones inherentes al modo simbiótico de relación.

THE EFFORT TO DRIVE THE OTHER PERSON CRAZY—AN
ELEMENT IN THE AETIOLOGY AND PSYCHOTHERAPY
OF SCHIZOPHRENIA*

By HAROLD F. SEARLES

Among all the factors in the aetiology of schizophrenia, factors which are undoubtedly complex and, further, considerably variable from one case to another, there appears to be one specific ingredient which can often—and even, I believe, regularly—be found to be operative. My clinical experience has indicated that the individual becomes schizophrenic partly by reason of a long-continued effort, a largely or wholly unconscious effort, on the part of some person or persons highly important in his upbringing, to drive him crazy.

I well know that it would be inane to reduce the complex aetiology of schizophrenia to a simple formula stating that an individual becomes schizophrenic because some other individual drives him crazy. Such a formula would not do justice to the individual's own psychological activity in the situation, to the complexity of that particular interpersonal relationship, to the complex group-processes of the family situation, or to the larger socio-dynamic processes in which the family plays but a part—often a part in which the family as a whole is helpless to deal with large and tragic circumstances quite beyond any family's capacity to control or avert.

Previous literature

The only writings about this subject which I have found in the professional literature are statements by Arieti (1955), and by that group of researchers at the Mayo Foundation which is headed by Johnson (Beckett *et al.*, 1956; and Johnson, Giffin, Watson & Beckett, 1956),

and these statements have done little more than touch upon the subject, without exploring it in detail.

Arieti describes what he terms 'acted-out' or 'externalized' psychoses, explaining that: '... These persons often create situations which will precipitate or engender psychoses in other people, whereas they themselves remain immune from overt symptoms.'

Johnson and her co-workers, reporting upon the concomitant psychotherapy of schizophrenic patients and the members of these patients' families, emphasize that this experience confirmed the authors' initial impression that '... in some cases parental expression of hostility through a child might both determine psychosis in the child and protect the parent from psychosis' (Beckett *et al.* 1956). In many instances they found a history of psychological assault by the parent(s) upon the child, assault of a type which was specifically reflected in the patient's earliest delusions. It is of special interest here that among the various types of assault they describe were '... threats that insanity may develop in the patient'.

Hill (1955), while nowhere formulating the particular concept which I am describing in this paper, presents a picture of a symbiotic patient-parent relationship which constitutes a conceptual background into which my concept fits, I believe, precisely. He says that the mother (or, in occasional instances, the father) = '... Makes the conditions for [the child's] security in living those which meet her own defensive and aggressive requirements to avoid psychosis.' '... One meaning of the futility of the dependence-independence struggle of the schizophrenic... is his belief, based upon his

* Revised Manuscript received 19 September 1958.

Los caballeros del Zodíaco: la amistad en el capitalismo tardío

Darío Charaf

Un recorrido sobre Los Caballeros del Zodiaco que lleva a pensar los vínculos en el capitalismo tardío.

Importante: no hace falta haber visto la obra para disfrutar el texto.

Esta reseña contiene “spoilers”: el anime fue estrenado hace más de treinta años.

I.

Saint Seiya (1986, conocida en español como Los caballeros del Zodíaco) es un anime y manga que trata, antes que nada, acerca de la amistad. Creada a mediados de los '80, estrenada en Argentina en 1995 por ATC (la TV pública en tiempos menemistas) y revisitada ahora a partir de su reciente ingreso al catálogo de Netflix, la serie que marcó a una generación de niños criados en los '90 aborda la amistad y las batallas conjuntas de cuatro adolescentes huérfanos entrenados desde su nacimiento como caballeros (o “Santos”): Seiya, Shiryu, Hyoga, Shun (y su hermano Ikki) son los personajes principales cuya historia (especialmente la de Seiya) guía la trama del anime.

En los primeros capítulos nos encontramos a estos caballeros “de bronce” (en referencia al material del cual está hecho

su armadura) compitiendo en un torneo en Japón, organizado por la joven Saori Kido en honor a su abuelo recientemente fallecido, Mitsumasa Kido. El premio para el ganador del torneo es una poderosa “armadura de oro”, antigua posesión de Mitsumasa: la armadura dorada de Sagitario. Cada caballero tiene una armadura propia, de acuerdo a la constelación estelar que lo guía: Seiya la armadura de Pegaso, Shiryu la armadura del Dragón, Hyoga la armadura del Cisne, Shun la de Andrómeda, Ikki la poderosa armadura del Fénix. Al comienzo del anime, a la par que estos caballeros luchan, fortalecen su amistad y compiten en el torneo (entre efectos y calidad de animación deslumbrantes para los niños de aquel entonces y que, 25 años después, dejan cierto gusto a poco a los mismos espectadores devenidos en treintañeros hiperestimulados), se relata mediante flashbacks cómo cada uno de ellos obtuvo su armadura de bronce y cómo fue su entrenamiento desde pequeños.

En el relato de la historia y el entrenamiento de cada caballero se produce una curiosa mezcla de fábulas y mitologías japonesa, china, hindú y griega (a lo cual, más adelante, se agregará la mitología nórdica), mientras se nos explica que cada caballero posee su “cosmos” (una energía interior ligada al universo, una suerte de singularidad universal de cada caballero) y que, mediante entrenamiento, el cosmos puede ser desplegado y elevado para adquirir mayor fortaleza. Al duro entrenamiento físico que realizan estos niños en lugares inhóspitos, se le agrega un férreo entrenamiento moral que se ordena según tres grandes valores: la verdad, la justicia y la amistad.

Lo que en los primeros capítulos parece ser meramente un torneo, un *challenge* durante el cual cada personaje despliega sus poderes para obtener una armadura superior a todas las demás, pronto se complejiza: caballeros sombríos, guiados por oscuros intereses, interrumpen el torneo y roban la poderosa armadura dorada de Sagitario casi en su totalidad, quedando el casco de la armadura en manos de Saori Kido y los caballe-

ros de bronce, que deberán buscar las restantes partes robadas para restituir la armadura a su legítima heredera. Así, en torno a la lucha por la posesión de la armadura dorada y su poder, se desata el conflicto que guiará el comienzo de la trama de la “saga del Santuario” (desde el inicio del anime hasta el final de la batalla de las Doce Casas), saga a la que me limitaré en este... “análisis”.

II.

Los caballeros de bronce, bajo las órdenes de la joven Saori Kido, intentan recuperar la armadura en Japón y luchan contra otros caballeros enviados para enfrentarlos. Progresivamente nos enteramos de la existencia, en Grecia, del Santuario y de su máxima autoridad, el Patriarca, representante de la diosa Athena en la tierra y líder de todos los caballeros. El Santuario es sede de entrenamiento y de vida de muchos caballeros (allí fue donde entrenó Seiya y donde obtuvo su armadura de Pegaso), y se encuentra en ese momento bajo el gobierno y el control del Patriarca Arlés. Es este último quien quiere poseer la armadura dorada de Sagitario para no ver amenazado su poder y envía para ello una y otra vez (fracasando una y otra vez) a numerosos caballeros (entre ellos, a los caballeros “de plata”, muy superiores en fortaleza a los de bronce) a enfrentar y asesinar a Saori, Seiya y sus amigos, declarados en rebeldía contra el Patriarca y por ende contra el Santuario. Una joven mujer en Japón guía a un grupo de jóvenes huérfanos contra un Patriarca en Grecia y su aparato de poder (la existencia de “caballeros mujeres” -sic.- que luchan a la par que los hombres y los entrenan -Marin es la maestra de entrenamiento de Seiya, Shaina la de Cassios- es uno de los guiños que, desde 1986, la serie parece hacer a nuestro tiempo).

El entrecruzamiento y la oposición entre Grecia y Japón, entre Occidente y Oriente, es uno de los puntos más intere-

santes del comienzo del anime. No deja de resultar curioso ver a caballeros japoneses vistiendo armaduras cuyo trasfondo es la mitología griega (esto es mínimamente elaborado en la serie, por ejemplo cuando los caballeros griegos se quejan de que sea Seiya, un extranjero, un japonés, quien vestirá la armadura de Pegaso), a la par que se apela a la ciencia y a los últimos avances de la técnica: radares y computadoras para rastrear la armadura dorada de Sagitario y aviones de última generación para trasladar a los caballeros a islas casi mitológicas. La coexistencia de mitología antigua y avance tecnológico parece reflejar el desarrollo y la situación de Japón en los años '80 (y, tal vez, del avance del neoliberalismo en general, que a la par que promueve la tensión entre lo nuevo y lo viejo, la aparente oposición entre las ansias de futuro y la nostalgia por el pasado, permite la perfecta coexistencia del hiperdesarrollo tecnológico junto a ideas y modos de pensamiento tan precarios que llamarlos “mitológicos” sería hacerles una concesión demasiado grande).

En este antagonismo que transcurre desde Grecia a Japón entre caballeros de bronce y caballeros de plata, la batalla de Shiryu de Dragón contra el poderoso caballero de plata Algol de Perseo es uno de los momentos de mayor intensidad. Shiryu se quita los ojos, se automutila, para no ver el Escudo de Medusa que porta Algol: evita de este modo ser convertido en piedra, gana la batalla y salva a sus amigos de una muerte petrificada. La mirada en ocasiones puede ser un obstáculo; Shiryu de esta manera se priva de ver, sacrifica con sus propias manos su visión en nombre de la victoria y de la amistad. Más adelante en la trama, en la casa de Géminis, su ceguera le será indispensable para sobrevivir frente a un enemigo aún más poderoso que Algol, dando así un bello ejemplo de lo que puede ser saber hacer con la falta, con la falla, con lo que no anda.

A medida que se suceden las batallas (y los discursos acerca de la amistad y la unión entre *hermanos*, que pueblan los

diálogos entre los caballeros para darse aliento frente a la adversidad) nos enteramos de tres cuestiones fundamentales: 1. Saori Kido es en verdad la encarnación en la tierra de la Diosa griega Athena, quien viene al mundo cuando este se encuentra en peligro y amenazado por las fuerzas del mal, diosa a la cual todos los caballeros deben responder y a la cual deben su lealtad; 2. el Santuario está tomado por esas fuerzas del Mal, el Patriarca (cuya identidad recién será desocultada al final de esta saga y que, también él, debería responder a la autoridad de Athena) representa el mal y la oscuridad, es decir, solo actúa movido por sus propios intereses para aumentar su poder y está dispuesto a cualquier cosa con tal de gobernar el mundo; 3. la armadura de Sagitario (con dueño vacante) no es la única armadura dorada, hay doce armaduras de oro correspondientes a cada uno de los signos del Zodíaco y por lo tanto doce caballeros dorados (infinitamente superiores a los caballeros de bronce y de plata) que habitan en Doce Casas en el Santuario bajo las órdenes del Patriarca.

III.

¿Saben los caballeros dorados que el Patriarca es malvado y se ha puesto en contra de Athena? ¿Creen defender una causa justa o defienden, a sabiendas, el mal? Esta es la pregunta que atraviesa la saga del Santuario y los diálogos durante la batalla de las Doce Casas: la relación de cada caballero con la verdad, con la justicia, con el saber y con el poder.

El primero en enterarse es el ya fallecido Aioros de Sagitario. Mediante un flashback se nos muestra como, 13 años antes del comienzo del anime, Aioros descubre la identidad del (falso) Patriarca Arlés, salva a la bebé Athena de ser asesinada por este y, antes de morir acusado de traición, la entrega junto con su armadura a Mitsumasa Kido (el abuelo adoptivo de Saori en cuyo honor se realiza el torneo con el cual comienza

la serie). Mu, el caballero dorado de Aries (y refaccionador de las armaduras de los caballeros de bronce cuando se rompen) y Dohko de Libra (el sabio maestro de Shiryu en China) sospechan que el Santuario está tomado por las fuerzas del mal y no responden a los llamados del Patriarca. Es decir que tres de los doce Santos dorados se oponen al usurpador del poder.

El siguiente que desautorizará al Patriarca es el hermano de Aioros, Aioria de Leo: para limpiar la acusación de traición que pesa sobre su hermano se presenta ante el Patriarca y se ofrece para asesinar a Seiya y recuperar la armadura de Sagitario. En el transcurso de esta misión, luego de que la armadura de su hermano se oponga a él y defienda al caballero de bronce leal a Athena, se enterará de la verdad y no cumplirá con lo encomendado por el Patriarca (cuando, poco después, vuelve a luchar contra los caballeros de bronce, sólo lo hace bajo el influjo de un poderoso hechizo realizado por el Patriarca; es decir que en su caso el conocimiento de la verdad lo hace oponerse a la falsedad y al mal, y es el engaño el que lo desvía del bien y de la justicia).

Los diálogos se irán complejizando y el anime tomará posición contra el relativismo historicista (cuyo auge parece coincidir con el del neoliberalismo), considerado como una vía directa hacia el cinismo. Esta es la ideología que encarna el discurso del caballero dorado de Cáncer, Máscara Mortal, cuando viaja a China a matar a Dohko de Libra. Al señalarle este último la maldad de su jefe (el Patriarca), el caballero de Cáncer justifica su acto destacando el carácter histórico del bien y la justicia: “La definición de justicia y maldad”, dice Máscara Mortal, “cambiará con el paso del tiempo. La historia ya lo ha demostrado. Aunque ahora uno pueda ser malo, será considerado justo si finalmente emerge victorioso. Cuando la justicia pierde, también puede convertirse en maldad. ¿Comprende, maestro?”. A diferencia de Aioria, el caballero de Cáncer no ignora las acciones malignas del Patriarca, pero

las justifica señalando el carácter histórico y contingente de la definición del bien y del mal, de lo justo y de lo injusto: “El actuar del Patriarca Arlés ahora se considera maldad, pero en el futuro serán un acto de justicia”.

La respuesta de Dohko es lapidaria: “¡Tonto! Lo malo es malo, ¡incluso en su mayor triunfo y resplandor! La verdadera justicia nunca cambia, aunque pase el tiempo”. Frente a la tontería ilustrada de Máscara Mortal el caballero de Libra opone la existencia de lo que no cambia, lo que no es relativo, lo imposible, lo real. Y eso funciona como un resguardo contra el cinismo.

Si el caballero dorado de Cáncer es el cínico que con su relativismo sostiene cualquier acto del poder establecido, Shaka de Virgo (uno de los personajes más interesantes del anime) es quien lo sostiene desde una perspectiva religiosa, desde la perspectiva del absolutismo. El resultado es similar: cualquier acto del Patriarca es justificado, en el caso de Cáncer porque no hay Verdad y en el caso de Virgo porque el jefe es La Verdad. Lo cual muestra que relativismo y absolutismo pueden convivir bien siempre que respondan a los mismos intereses. Shaka, que de niño recibió las enseñanzas de Buda (!) y es el caballero “más cercano” a Dios, se define a sí mismo como “algo sagrado desde el cielo hasta el infierno y viceversa, soy el centro del universo”. Es en su propio saber, presentado como Todo Saber (religioso, universal y megalómano), en el que se sostiene para fundamentar su apoyo al Patriarca.

Sin embargo, Shaka de Virgo es un personaje mucho más complejo que ese servil de lo dado que es Máscara Mortal de Cáncer, y es por eso que hacia el final de la saga ayudará a los caballeros de bronce: “porque dudé por primera vez de mí mismo, jamás me había pasado”. La duda (que no es lo mismo que el relativismo) aparece como límite a lo absoluto y al absolutismo, como límite a la creencia en el propio saber y en

el propio Yo.

Hasta aquí, entonces, son el engaño (Aioria de Leo), el cinismo (Máscara Mortal de Cáncer) y el absolutismo (Shaka de Virgo) los que llevan a algunos caballeros dorados a defender al Patriarca, a luchar al servicio del mal contra Athena (quien entretanto resulta herida por una flecha dorada, motivo por el cual los caballeros de bronce deben atravesar las Doce Casas habitadas por los caballeros dorados y enfrentarlos para poder llegar a la casa del Patriarca y salvar a la diosa). En oposición a ellos, es la pasión por la justicia y la verdad, pero sobre todo el amor y la amistad, lo que sostiene a los caballeros de bronce para enfrentar (y derrotar) a enemigos que superan sus fuerzas. Seiya es quien principalmente apela una y otra vez a la unidad, el amor y la amistad como guías de sus actos. Pero no solo él. En la Casa de Libra Shun casi entrega su vida en un acto suicida para, con su calor corporal y elevando su cosmos a niveles mortíferos, salvar mediante un abrazo ardiente a su amigo Hyoga (escena por la cual, entre otras, en su momento se acusó al anime de “incitar a la homosexualidad” y se lo intentó prohibir por ello en España -además de haber sido censurado en EEUU por las escenas de violencia-).

Cuando Shaka invita a Ikki de Fénix a venerarlo como a un Dios, Ikki responde: “no creo en los dioses, en lo único que creo es en mi propia fuerza, en mi hermano y en mis amigos”. Más lejos aún va Hyoga al enfrentarse con Milo de Escorpio (quien, más que por el Patriarca, parece luchar por su orgullo, al igual que Aldebarán de Tauro: ambos pelean porque no dejarán que caballeros inferiores como los de bronce pasen fácilmente por sus casas, y dejan de pelear cuando estos últimos prueban que pueden derrotarlos); cuando Milo le pregunta a Hyoga por qué está dispuesto a dar la vida en la batalla, el caballero de Cisne responde: “mi vida no es solo mía, es de todos”, para luego afirmar que lucha por sus amigos, por Athena y por la justicia. Algo similar dirá Dohko (ese gran exponente

de la resistencia ética frente al avance del discurso capitalista) sobre su alumno Shiryu (que entrega su vida para derrotar a Shura de Capricornio): “vives no por ti, sino por el bien mayor, para la justicia, no para ti mismo. Vivir para la justicia en vez de para tu propia seguridad es hermoso pero triste”.

IV.

La amistad, la justicia y el deseo de salvar a Athena es lo que guía entonces a los jóvenes caballeros a través de las distintas casas hasta llegar, exhaustos y mal heridos por las batallas contra los caballeros dorados, a la novena casa, la deshabitada casa de Sagitario. Allí, al borde de la muerte y de la derrota, la armadura de Sagitario (objeto del conflicto que guía la saga) los conduce hasta las palabras que el fallecido Aioros dejó talladas para quienes llegaran hasta ahí: “A los caballeros que han venido aquí, les encomendaré el cuidado de Athena”. Estos caballeros/niños huérfanos leen llorando la encomienda del primer caballero que salvó a Athena y luchó por ella; “el mensaje de Aioros, su ardiente deseo, está en pocas palabras”, dicen pareciendo entender el aforismo lacaniano: el deseo está articulado pero no es articulable. Un deseo no anónimo, que se dice en pocas palabras, que se dirige a quien lo quiera escuchar (leer) y que transmite una encomienda, un legado: nos encontramos acá con lo que en psicoanálisis se entiende como función paterna, independientemente de quién la encarne y de quién haya sido el progenitor, y en completa oposición al Patriarca: padre y patriarca(do) no sólo no se superponen, sino que se oponen.

“Aioros nos encomendó a Athena”, dicen los caballeros de bronce aceptando la encomienda con lágrimas en los ojos, “él nos encomendó a la persona que más le importa, nos reconoció como verdaderos hombres”. A quien se le encomienda algo tan importante (el cuidado de un niño, de una diosa, el

cuidado del otro, o simplemente el deseo mismo, cualquiera sea su causa), a quien se le transmite la causa del deseo, se lo reconoce como sujeto.

A partir de aquí los amigos/hermanos (hermanados en la causa del deseo) afrontarán las tres Casas que faltan antes de enfrentar al Patriarca. Shura de Capricornio, supuestamente el caballero más fiel a Athena, es otro de los Santos dorados que se ha puesto al servicio de las fuerzas del mal. En su caso no es ni el cinismo ni el absolutismo la razón de su acción, sino simplemente la más llana ignorancia: desconoce las acciones que ha llevado a cabo su jefe, cree que “la verdadera Athena” está con el Patriarca y considera a Saori una “Athena impostora”. Sin embargo, al enterarse de la verdad, no usa la ignorancia como excusa para su accionar: “cometí un error imperdonable, no merezco ser un caballero” dice Shura mientras es derrotado por Shiryu.

Distinto es el caso del siguiente caballero dorado, el anteúltimo, Camus de Acuario (y, dicho sea el pasar, el personaje favorito del autor de esta ya extensa “reseña”). Camus deja pasar a Seiya y Shun, parece saber que los caballeros de bronce defienden una causa justa y el Patriarca es un impostor. Acuario se suma entonces al grupo de caballeros dorados (Sagitario, Libra, Aries, luego Leo) que no pelea por el Patriarca ni por orgullo (Tauro, Escorpio). Sin embargo, enfrenta en dos ocasiones a Hyoga, el discípulo de su discípulo. En la primera ocasión lo hace para separar a Hyoga del cuerpo congelado de su madre muerta (preservado de la putrefacción por las heladas aguas del mar de Siberia, donde se produjo el naufragio de barco que acabó con su vida). Camus le dice a Hyoga que mientras siga aferrado (cual Norman Bates) al cadáver de su madre no podrá explotar “su séptimo sentido”, es decir, hacer uso de toda su fuerza, y es por ello que, en lo que aparenta ser un acto de crueldad pero es en verdad un acto de separación, hunde el cuerpo de la madre de Hyoga en el abismo, final-

mente “enterrándola” en lo profundo del mar. En la segunda ocasión, vuelve a pelar con su alumno como un acto de enseñanza y, a la vez, como un modo de reconocerlo como caballero. Hyoga en esta segunda pelea alcanzará, entre la vida y la muerte, el “cero absoluto”, superando así a su maestro Camus, porque cree en lo justo.

Si hasta ahora el engaño, el cinismo, el absolutismo y la ignorancia han servido de argumentos para defender y sostener al Patriarca, será a un discurso acerca de la fuerza al que apelará el último Santo dorado, Afrodita de Piscis, el más bello y el más temible entre los caballeros de oro. En su pelea con Shun (la última antes de acceder a la recámara del Patriarca), al preguntarle éste cómo puede defender a la encarnación del mal, dice Afrodita: “El poder es justicia, la fuerza es lo absoluto. Los que ganan son absolutos. Mientras el Patriarca tenga suficiente poder y sea lo suficientemente fuerte para gobernar el Santuario y tenerlo bajo su control, él representa la justicia, él es justicia verdadera”. Es este un discurso que, al fundamentar el poder en la fuerza, defiende siempre el orden establecido y lo dado, que privilegia la fuerza sobre cualquier otra virtud: el más fuerte es quien debe gobernar, el más fuerte es quien impone con su poder lo que es justo, bueno y verdadero. Los más débiles, dice el caballero de Piscis, deben obedecer y someterse a la voluntad del más fuerte. Es un gran acierto del anime que sea justamente Shun, supuestamente el más débil entre los caballeros de bronce, quien herido de muerte derrota a Afrodita de Piscis, el último defensor del Patriarca.

V.

Seiya llega así a la habitación del Patriarca Arlés, donde terminaremos de confirmar cuál es su verdadera identidad: es Saga, el caballero dorado de Géminis, quien asesinó al Patriarca anterior, intentó asesinar a Athena y usurpó así de modo

ilegítimo el poder. En una suerte de fragmentación esquizoide de la personalidad (las dos caras de Géminis), su “lado malo” lo atormentó y prevaleció sobre su “lado bueno”, desviando a este poderoso caballero del camino de la justicia y la verdad, del camino de Athena. Seiya, desfalleciente al igual que todos sus amigos (Shiryu, Hyoga, Ikki y Shun han entregado todas sus fuerzas en las sucesivas batallas), logra salvar a último momento a Athena, a quien se le unen ahora sí todos los caballeros dorados sobrevivientes para enfrentar a Saga.

“¿Qué tiene de malo que gobierne el mundo?”, dice Saga para fundamentar su acción, “¿Qué tiene de malo que un hombre con poder se apodere del mundo? Aunque yo no lo haga, nos arrebatarían la tierra, el mundo está poblado de espíritus malignos. Desde la creación del mundo existe el mal. Zeus en el Cielo, Poseidón en el mar y Hades en el infierno quieren invadir la tierra. Si la tierra cae bajo el control de alguien con ese poder, con el tiempo también me invadirían a mí, y harían lo que quisieran con los seres humanos. Por lo tanto soy el salvador de todos los tiempos y debo sepultar a quien se interponga en mi camino, sea quien sea”. Saga se presenta como el único hombre capaz de gobernar el mundo y protegerlo de un potencial enemigo externo. Justifica, en la existencia del mal, su propia maldad y su ambición. Es su ambición la que hizo que su lado malo conquiste a su lado bueno, y es por ello que Dohko de Libra dice sobre él que “es un hombre lamentable”.

Milo de Escorpio le señala que al ser la reencarnación del mal no es apto para gobernar este mundo, a lo cual Saga responde que “aunque sea maligno, un acto de maldad es necesario para proteger este mundo de una invasión extranjera, solo lo puede lograr un hombre bastante poderoso para controlar el mundo. Quien tiene la mayor fuerza es quien debe hacerlo. ¿Dejarán que el mundo sea destruido?”. Saga de Géminis apela al miedo al extranjero para justificar su maldad y sus acciones injustas, su poder se sostiene entonces en el miedo (engaño, cinismo, absolutismo, ignorancia, fuerza y miedo es lo que

sostiene al poder cuando no se fundamenta en la justicia y la verdad). A lo cual Athena responde: “Saga, si tienes razón y si el mundo debe ser controlado por los poderosos, sin noción de amor ni de justicia, mientras permiten que la maldad se desparrame por el mundo, si el mundo debe estar bajo control del más fuerte y el más malvado, me atrevo a decir que debería ser destruido. ¿De qué serviría vivir en un mundo así?”.

Tras estas palabras Saga resulta derrotado por Athena, concluyendo así la batalla de las Doce Casas y la saga del Santuario.

VI.

Por el contexto histórico y geográfico de su surgimiento, *Los caballeros del Zodiaco* puede considerarse una respuesta al incipiente avance del neoliberalismo en los años ‘80. Ello quizás explique en parte por qué tuvo tanto éxito en la Argentina de los ‘90 y también tal vez por qué, con el avance de la derecha en Latinoamérica y después de 4 años de gobierno neoliberal en Argentina, el anime permanece actual y merece ser revisitado: los discursos que fundamentan las acciones del Patriarca no difieren demasiado del modo en que se concibe el poder en el capitalismo tardío. El engaño, el cinismo, el absolutismo, la ignorancia, la fuerza y el miedo como sostenimiento del poder, la prevalencia de la violencia, del individualismo feroz, del relativismo y del “realismo” (capitalista) son una marca distintiva de nuestros tiempos.

Frente a ello, *Los caballeros del Zodiaco* proponen la amistad y la hermandad como modo de lazo y de sostenimiento de sus personajes. En un mundo donde la familia tradicional y “patriarcal” ha parecido caer (o estar cayendo) como modo de organización del lazo social, la *fraternidad*, los lazos entre amigos y entre pares, pueden ser un modo de respuesta, un modo de hacer comunidad frente a la fragmentación de lo social y el

desorden de los vínculos que impera en el capitalismo tardío.

Es la amistad la que guía a los caballeros de bronce una y otra vez y la que los salva cada vez que están por morir, por flaquear, cada vez que se enfrentan a dificultades, discursos y poderes que parecen superarlos. Es la amistad la que los motiva a seguir luchando aun cuando ya parecen estar derrotados. Y es por ello que hacia el final de la saga Shaka de Virgo cambia de bando y los ayuda; al ver la pasión con la que Seiya y los demás caballeros de bronce se mantienen unidos y luchan por su causa, Shaka concluye: “ustedes podrían tener la fuerza y el poder para crear un mundo nuevo y diferente, quiero ver ese nuevo mundo”.



Herramientas: modelo de consentimiento informado

El abajo firmante,

.....

.....

DNI/LE/LC.....de.....
años de edad, dice que:

1°. Acepta su internación voluntaria en el programa JARDÍN DE LA FELICIDAD.

2°. Ha sido informado que el programa JARDÍN DE LA FELICIDAD es capaz de producir una alteración importante en la cantidad de glóbulos blancos sanguíneos, que en su forma extrema es conocida como agranulocitosis la cual potencialmente puede disminuir mucho su capacidad de defenderse de múltiples gérmenes. La inclusión dentro del presente programa, condición para recibir el tratamiento del programa JARDÍN DE LA FELICIDAD, tiene como objetivo reducir al mínimo este riesgo, permitiendo su prevención o detección precoz de éste o cualquiera de los múltiples males que puedan sobrevolar como dementors la salud de los “alterados en sus funciones psíquicas”

.

3°. Ha recibido información sobre los posibles beneficios y los potenciales riesgos asociados al uso de los tratamientos del programa JARDÍN DE LA FELICIDAD y ha recibido las aclaraciones e instrucciones por parte del médico de las cuestiones técnicas que no le hubieran resultado suficientemente comprensibles. Ha recibido información clara sobre todos los tratamientos alternativos disponibles (cuando los hubiere, que no los hay) y explicaciones sobre las consecuencias

de no realizar un tratamiento (muerte, destrucción, pudrirse en el infierno).

4°. Se ha notificado de que deberá realizar un análisis de sangre (hemograma) semanalmente durante las primeras 18 (dieciocho) semanas de tratamiento y luego, con una frecuencia mensual, mientras esté recibiendo el fármaco, debe someterse a diferentes tests, entre los que estarán: El Test Del Despertar de la Conciencia de Clase, el Test de Obediencia de Milgram, y la Escala de Conductas Levemente Disruptivas a los Ojos del Encuestador Nacido y Criado en un Hogar Empático de la Tradición, la Propiedad y la Familia .

5°. El presente programa de monitoreo ha sido autorizado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica mediante la Disposición.....

6°. Ha sido informado que el Dr se constituye en responsable (hasta ahí) de las obligaciones que dentro del programa le competen a partir de la fecha de inicio del tratamiento.

7°. Se ha notificado que la firma del presente consentimiento resulta indispensable para cumplimentar los requisitos exigidos por la normativa aplicable.

8°. Ha sido informado que su participación en el presente Programa JARDÍN DE LA FELICIDAD es voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento sin que ello le genere perjuicio (aunque los tendrá) o penalidad alguna (no aplica a su conciencia) y sin que implique un cambio en la calidad de la atención (lo siento, todas las líneas están ocupadas).

9° Acepta haber sido mencionado en tercera persona, al estilo de Riquelme o Maradona, para referirse a la primera

persona del singular.

Se firma el presente al del mes de del año



Epilogo de los Encuentros Mupsicales

Andrés Rousseaux

Para que aquellxs que no lo supieran, para aquellxs que se lo perdieron, les cuento que durante el 2019 la Revista en la cual están leyendo esto organizo un espacio intitulado “Encuentros Mupsicales”. La idea era ver la interrelación y entrecruzamiento entre una forma de expresión artística (la música) y la Salud Mental. Estuvo dividido en 4 encuentros, realizado los días sábados en La Sede (Acevedo y Córdoba, gran lugar). En el primer encuentro participaron los Danieles (Matusevich y Melero) y en el último hubo un asado. En todos hubo vino, buena música y sobre todo las ganas de intercambiar entre todos los participantes. Espero se repita próximamente.

Tuve el gusto de participar en la presentación del segundo y tercer encuentro (en relación a las letras y los artistas, respectivamente) junto a Marcos Zurita, el padre de la horda nerd que escribe en este espacio. Si bien hablamos de muchos temas, en particular hice varias referencias a una de mis bandas preferidas: Los Ramones. Para aquellxs ignarxs musicales, es una banda punk de Nueva York que toco desde 1974 hasta 1996. Muchxs músicxs fueron influidxs por ellos y los criticxs musicales (los que algo entienden del tema) opinan que su

participación fue clave para el mundo de la música. En estoy en esa misma línea: Los Ramones devolvieron el rock a la música y sobre todo nos demostraron que no hay que ser virtuoso musicalmente para ser una estrella de rock, sino tener actitud. No obstante, en mi opinión, tienen grandes discos (Rocket to Russia solo para nombrar uno) y puntualmente en los encuentros trabajamos la negación en sus letras (muchos I don't wanna) como así también muchos temas afirmativos que en el desarrollo del mismo no se concreta ("I wanna be sedated"). En el tercer encuentro se habló de la supuesta bipolaridad de Dee Dee (bajista de Los Ramones) versus su accidentada historia de vida como así también acerca de Joey (cantante de Los Ramones), sus contactos con la psiquiatría y como se salvó de la dicha rama de la medicina a través de sus canciones. Igual no quiero seguir hablando de los encuentros, si te los perdiste, lástima, están filmados y quizás algún día lo subamos a las redes. Pero tenés suerte que este epílogo tiene que ver con personajes no trabajados ahí.

Antes de seguir tengo que ponerlos un poco en contexto: mi familia es de Entre Ríos (padre de Concepción del Uruguay y madre de Colón), tengo parientes allá y sobre todo, y más importante, tengo muchxs amigxs, en particular en Concepción del Uruguay. Pese a la distancia y aún en la era pre internet hemos estado en contacto, me gusta ir y recibirlos cuando vienen a Buenos Aires. Con ellos compartimos (y por qué no, nos identificamos) con ciertos gustos musicales, en particular el punk. A manera anecdótica y quizás suene de hace cien años, pero en esa era pre internet llevaba un bolso lleno de cassettes y cds que iba consiguiendo durante el año para que mis amigxs se los graben, o llevaba música que me habían pedido que compre, porque al vivir en Capital tenía mucho más acceso a algunas cosas. Así conocí a Luciano (AKA Punky), con el cual nos hermana nuestra devoción a una mala religión. Nuevamente, la identificación como fenómeno del encuentro humano.

Obviamente, mis amigxs tienen bandas, tocan y salen de gira. Luciano forma parte de Chakota, la cual sin dudas y sin exagerar, es de las mejores bandas punk de la Argentina. No solo por su música sino por su espíritu, que apunta a la autogestión, la reflexión y la acción contra quienes nos oprimen. Se las recomiendo, en nuestra actual era informática podemos disfrutar de su música vía youtube o spotify. Me detengo en esta banda en particular, además del aprecio que les tengo, por el evento histórico que organizaron. Esto último quizás suene a mucho, pero hay que tener en cuenta que el centralismo de vivir en CABA nos hace perder de vista lo difícil que es para las personas que viven en el interior acceder a los espectáculos que vemos. Aplaudo a las bandas internacionales que finalmente han decidido girar en las provincias.

Concepción del Uruguay (de más o menos 70000 habitantes) es una ciudad que queda a 365 km de Buenos Aires. En lo musical, Concepción del Uruguay tiene la Fiesta Nacional de la Playa de Río como uno de sus grandes eventos del año, donde suelen ir bandas conocidas a tocar. En un evento similar a ese, cuando tenía 8 años, vi cómo un recital de Sergio Denis, en pleno apogeo, se suspendía por la caída de las gradas donde estaba la gente por no poner doble remache (sí, al mejor estilo Simpsons). En contraposición, tiene una gran movida de música (unidos en la Unión Entrerriana de Músicos Independientes) con bandas geniales como Bokasucias, Squizomnia, solo por nombrar algunas.

Así que volviendo al evento histórico, hace unos meses Luciano me avisa que gracias a Chakota y otros amigos, habían contactado a Marky Ramone (baterista) y lograron que inicie su gira en Concepción del Uruguay. Quizás para muchos Marky no les signifique nada, pero para nosotros es un Ramone. No es meneur en el sentido de la psicología de las masas, pero el simbolismo que tiene fue suficiente para que generara una

rápida movilización, geográfica y emocional.

Marky no iba a tocar en un gran evento, iba a tocar en un bar relativamente grande llamado “El Arca” cerca de la zona céntrica, en un escenario que puedes subir de un salto. Además de ser algo histórico, no paraba de tener cada vez más mística, un arca punk. Cuando me refiero a histórico, aclaro, no solo es por el evento musical en sí, sino en sentido personal. Tengo el recuerdo (y el mismo cargado de afecto, es lo que lo hace perdurar) de estar hablando en la plaza San Martín de Concepción (una ciudad no es ciudad sino tienen una plaza central y una plaza dedicada al prócer de los andes) con amigos (seguramente bajo el efecto etílico) de que bueno sería que toquen Los Ramones en Concepción (en ese momento ya estaban separados, pero vivos). Esa conversación, o así la recuerdo, la tuve con Joselo, quien es el cantante de Chakota, a los 14-15 años. Innegablemente, los recuerdos cargados de afecto perduran más en la memoria.

Así llegamos al jueves 7 de noviembre del 2019. Hubo un par de augurios ominosos, como una venta de entradas menor a lo que se esperaba y un desafortunado video de Marky promocionando su birra artesanal e intentando decir el nombre de la ciudad donde iba a tocar. No obstante y teniendo como excusa laboral cierta el tener que hacer un trámite en Concepción, emprendí el viaje. Está claro que me salía más barato y más cómodo verlo en Buenos Aires a Marky, pero ir a verlo en Entre Ríos también aparejaba otras energías libidinales, entre la pulsión de vida y una inminente pulsión de muerte en el pogo. En esta era que las personas se horrorizan de las relaciones poliamorosas, se olvidan que la genuina amistad es una de ellas, que impulsa a los actos más descabellados.

Descansé durante el día, preparándome para la noche. Por primera vez en la vida estaba anotado en una lista para entrar gratis a un recital. Llegue para el final de Chakota y a medida que entraba al bar, me iba encontrando con amigxs y

gente que hacía d écadadas no veía.



Por unas horas el tiempo realizo extraños movimientos que no respetaban la física cuántica, en particular cuando empezó Marky, con la promesa de una lista de 45 temas sin parar. El resto de los músicos que lo acompañaban tenían la misma identificación ramonera que el público. La promesa fue cumplida con una excelente lista; en un momento (creo que alrededor de “Do you wanna dance”?) perdí mis anteojos en el pogo y no me importo, toda la atención estaba puesta no tanto en el show sino en cómo lo disfrutamos con mis amigxs y el resto de las personas presentes. Fue emotivo ver a Franco (otro amigo y bajista de Resaka, una de las primeras bandas punk de Concepción) junto a uno de sus hijos. El legado está intacto. Porque la música nos permite viajar para atrás y adelante en nuestros recuerdos sin ser los últimos punks¹.

1 Referencia a “El ultimo hippie”de Oliver Sacks Referencia a “El ultimo hippie”de Oliver Sacks

El recital terminó, los quevedos perdidos fueron una parte del pago de una deuda de ver a Los Ramones en vivo, pero la noche siguió un rato más, de charlas de tiempos pasados y músicas por venir.



Apuntes sobre un dispositivo de escucha telefónica para trabajadoras y trabajadores de un ‘hospital covid’

Franco Ingrassia

A medida que pasan los días de la pandemia y los dispositivos de escucha telefónica comienzan a surgir un poco por todas partes, son acompañados también con capacitaciones y documentos donde se ofrece un “saber hacer” en esta situación inédita.

Pero al participar de esas capacitaciones o leer esos documentos es difícil escapar a cierta sensación de decepción, en tanto y en cuanto buena parte de las recomendaciones ofrecidas resultan muy fácilmente derivables de un sentido común tan previo a las actuales condiciones como indiferente a la singularidad de cada llamada.

Y ahí, en todo caso, podemos encontrar un punto de partida para una elaboración distinta. Si cada llamada es singular, entonces no podemos presuponer casi nada acerca de esa llamada. Pero si no podemos presuponer, ¿en qué podría basarse el “saber hacer” con el que nos manejaríamos en esta nueva práctica? La respuesta está en una noción que es crucial en

cierta orientación del trabajo clínico: el “saber hacer con el no saber”. Es decir que de lo que se trata no es de “saber” por qué nos van a llamar, qué nos van a decir y, por ende, tener por anticipado lo que deberíamos responder, sino desarrollar un conjunto de recursos que permitan irse orientando a partir de la lectura de lo que el discurso de quien llame despliegue en su singularidad.

Ahora, ¿cómo se hace para leer algo que no sólo no está escrito sino que ni siquiera está dicho, sino que se va diciendo a medida que la llamada avanza y quien haya consultado habla?

En principio, escuchando. Porque en este dispositivo -al igual que en otros- la escucha es la precondition de la lectura. Pero ¿cómo hacer para escuchar? En principio, no presuponiendo. Activando lo que Fernando Ulloa (1995) denominó “estructuras de la demora” y que implican la puesta en suspenso de tres memorias:

1) la memoria casuística (el recuerdo que el contenido de una llamada nos suscite de otras situaciones “similares” que hemos atendido)

2) la memoria teórica (el recuerdo que el contenido de una llamada nos suscite de elementos de la teoría. [esta es la memoria que se activa, por ejemplo, cuando uno siente estar ante un caso “de libro”])

3) la memoria personal (el recuerdo que el contenido de una llamada nos suscite de algo que nos ha pasado o, más complicado todavía, nos esté pasando).

Ulloa, al presentar este recurso, aclara (y optamos por reproducir esta aclaración) que la demora es puesta en suspenso, no olvido. No se trata de que desconozcamos o de que nos olvidemos de la casuística, de la teoría o de nuestra experiencia personal. Pero sí será necesario demorar esas memorias, hasta

una instancia posterior de reflexión o retrabajo, si queremos escuchar una llamada en su singularidad.

Avancemos un poco más: a esta posición de trabajo la podemos denominar “estar a la escucha”. ¿Y qué implica esta posición? ¿De qué modo tenemos que estar implicadxs para asumirla?

Quizá resulte útil aquí la definición de Jean-Luc Nancy (2002) quien escribió un libro que se llama, justamente, “A la escucha”, donde puede leerse que “estar a la escucha es siempre estar a orillas del sentido o en un sentido de borde y extremidad, y como si el sonido no fuese justamente otra cosa que ese borde, esa franja o ese margen”.

Esa idea de estar siempre a orillas del sentido nos da la pauta de cuán lejos de las recomendaciones de sentido común nos lleva esta senda.

Estar a la escucha es apuntalar, mediante una recepción de las palabras de otrx, un trabajo de decir cosas para las que (casi) no hay palabras, porque están al borde del sentido, porque se trata de sentidos que tienen que ser contruidos con posterioridad al momento mismo de ser dichos, no sentidos preexistentes que una llamada pueda comunicar o transmitir.

Esa escucha, entonces, es una escucha que no se apura por entender. Pero tampoco es en lo más mínimo indiferente al esfuerzo de quien llama por construir una inteligibilidad de las vivenciaa, quizá difíciles, quizá inéditas, quizá desbordantes, que está atravesando.

Marcelo Percia (1994) dice que el diálogo no le interesa “sólo como una posibilidad de hablar con otro, sino como la oportunidad de existir en otra recepción.”

Esa “oportunidad de existir en otra recepción” es la que se pone en juego cuando estamos a la escucha sin demandar que lo que quien nos llama dice tenga sentido desde el principio. Se está a la escucha, entonces, generando condiciones de recepción donde las cosas no tienen que estar necesariamente claras desde el principio. Donde hay tiempo para la elaboración, es decir, para un proceso donde las cosas puedan ir adquiriendo sentido, de forma contingente, a medida que se van desplegando. O después. Es decir, donde se pueda decir -y escuchar- algo sin estar seguro de qué es lo que se está diciendo -o escuchando.

¿Y por qué ofertar ese tipo de recepción? Porque habilita, si bien no garantiza, una elaboración tan singular como el malestar y las vivencias que causan la llamada. Habilita a que esa vivencia devenga, por subjetivación, una experiencia. Es decir que lo que vivimos tenemos que subjetivarlo para que se convierta en experiencia. ¿Y qué sería subjetivarlo? Convertirlo en parte de lo que somos, lograr que nos afecte pero no de forma inhibitoria, sino productiva, es decir, en el sentido de que altere nuestra subjetividad, nuestra forma de vivir y que podamos a la vez modular esas alteraciones desde una perspectiva de autonomía.

En un libro reciente, Alexandra Kohan (2019) ensaya una definición de aquello que el psicoanálisis oferta que podría resultarnos útil, si sometemos el texto a cierto proceso de reformulación en función de nuestra situación, es decir, si elaboramos una lectura. Afirma esta analista que “el psicoanálisis ofrece un espacio en el que alguien puede acallar un poco el ruido ensordecedor de los sentidos que se vociferan, para empezar a pensar algo que muchas veces contradice lo que creemos que somos, para extrañarnos, para desconocernos un poco a nosotros mismos. Allá afuera todos gritan su verdad, ya nadie calla ni por un instante lo que tiene para decir, aunque no necesariamente sea siempre un decir con consecuencias.

Mientras tanto, un analista y un analizante se encuentran en el consultorio de alguna ciudad, con ese bullicio de fondo, e intentan recuperar un silencio que dé lugar a una palabra y permita escindir una experiencia.”

Es claro que no se trata para nosotros de “un analista y un analizante” que “se encuentran en el consultorio de alguna ciudad”. Pero el “bullicio de fondo”, el “ruido ensordecedor de los sentidos que se vociferan”, el “allá afuera” donde “todos gritan su verdad” y “nadie calla ni por un instante lo que tiene para decir” son elementos que podemos constatar que forman parte de la situación actual. Y la consigna de “recuperar un silencio que dé lugar a una palabra” nos pone en la pista de otra clave: si, como dijimos, para que haya lectura tiene primero que haber escucha, ahora podemos agregar que para que haya escucha tiene primero que haber un silencio que de lugar a la palabra. Finalmente, el cierre del fragmento nos proporciona la clave del objetivo de todas estas operaciones: tienen que darse de modo tal que permitan escindir (es decir, recortar de la masa caótica de percepciones que puede llegar a ser el registro de nuestras vivencias) una experiencia.

Entonces, sabemos que hay una pandemia. Sabemos que el país está en emergencia sanitaria. Sabemos que la causa de esta pandemia es un virus respiratorio hasta el momento desconocido. Sabemos que la enfermedad que provoca ha sido denominada Covid-19. Sabemos cuáles son las zonas de transmisión local. Sabemos, porque lo chequeamos cada día, el número de nuevos casos confirmados. De casos acumulados. De tests realizados. De casos sospechosos descartados. Sabemos que nuestro hospital ha sido designado como “hospital covid-19” y se le ha asignado la tarea de asistir a personas portadoras del virus. Sabemos los protocolos de atención de cada servicio. Sabemos cuáles son las cosas que se discuten todavía. Sabemos las medidas de bioseguridad.

Lo que no sabemos es cómo todo esto impacta singularmente en esa trabajadora o trabajador del hospital que tomó la decisión de llamarnos. Y es en función de ese no saber que vamos a intentar construir, cada vez, una forma de recepción que habilite una elaboración tan singular como dicho impacto.

En esa línea y a modo de ejemplo: sabemos también cuál es la diferencia conceptual entre las nociones de ‘miedo’ y ‘angustia’. Sintetizando: el miedo remite a un objeto determinado. El miedo es formulable como asociado a una referencia. Es miedo a algo en concreto. Mientras que reservamos el término ‘angustia’ para hablar de ese miedo cuyo objeto el sujeto no puede precisar, no puede situar en su discurso. ¿Puede llegar a servirnos esa distinción conceptual a la hora de hacer una lectura de lo que hayamos escuchado en una llamada? Quizá sí. Pero la clave de esa lectura no podrá estar simplemente en la asignación de lo dicho por quien haya realizado la llamada a una de esas dos opciones, porque de ese modo la singularidad queda excluida por la operación de lectura. Va a ser siempre el modo singularizado de tener miedo o de estar angustiadx el que nos interese. El que permita que aquel que realiza la llamada pueda encontrar alguna clave para poder hacer algo distinto con eso que le está pasando que lo que pudo hacer hasta ahora.

Sabemos también que llamamos ‘trauma’ al efecto de la exposición de una subjetividad a vivencias que desbordan su capacidad de elaboración. Pero ahí hay que detenerse en la definición relacional de la noción de trauma. No se trata de que haya hechos traumáticos en sí mismos o que podamos definir como “objetivamente” traumáticos. Se trata siempre de un (mal) encuentro: entre determinadas vivencias y determinados recursos de elaboración. ¿Puede llegar a servirnos esta noción relacional a la hora de hacer una lectura de lo que hayamos escuchado en una llamada? Es posible. Pero la clave de esa lectura no podrá estar simplemente en adjetivar a quien realizó

la llamada como un “sujeto traumatizado”. Va a ser siempre la singularidad de ese (mal) encuentro que provoca el trauma lo que nos interese. Porque nadie vive “la pandemia”, que es un fenómeno global por definición, sino vivencias singulares más o menos asociadas a ella. Y las vive con unas singularísimas capacidades de elaboración que son resultado de múltiples procesos de subjetivación. Entonces serán estas singularidades, y la posibilidad de ensayar nuevos encuentros, nuevas composiciones entre vivencias y recursos de elaboración, lo que permita que aquel que realiza la llamada pueda encontrar alguna clave para poder hacer algo distinto con eso que le está pasando que lo que pudo hacer hasta ahora.

Evidentemente, nada de esto se puede sostener demasiado tiempo sin recurrir a instancias de reflexión sobre nuestros actos. Es por eso que propongo que quienes estaremos recibiendo llamadas podamos a la vez convertirnos en quienes las realicen. Para que esas llamadas devengan instancias de retroabajo, donde podamos entender mejor lo que hicimos y aquello que con nuestro hacer ayudamos a que fuera posible.

Finalmente, este arco que va del silencio a la palabra, de la palabra a la escucha, de la escucha a la lectura y de la lectura a la intervención que apuntala recepciones que permitan escindir una experiencia podrá transitarse o no en una única llamada. En esta segunda alternativa, esa llamada podrá abrir un proceso y, de ese modo, constituirse en la primera de una serie. Constatado ese punto es que el cierre de esa llamada podrá implicar la oferta de un seguimiento, con la consecuente derivación en caso de que quien llama manifieste el deseo de seguir conversando.

Rosario, 6 de abril de 2020

Posdata: si así planteada esta tarea les resulta imposible, quiere decir que vamos no sé si por un buen camino, pero al menos por

un camino freudiano (es decir, de los que se hacen al andar).

Referencias

Kohan, Alexandra. “Psicoanálisis: por una erótica contra natura”. Indie Libros, Buenos Aires, 2019.

Nancy, Jean-Luc. “A la escucha”. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

Percia, Marcelo. “Una subjetividad que se inventa”. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.

Ulloa, Fernando. “Novela Clínica Psicoanalítica”. Paidós, Buenos Aires, 1995.



¿Qué pasó en el universo de los papers en 2019?

Javier Fabrissin

1) Información general

“Riesgo de trastornos psicóticos en hijos de madres que cursaron una infección bacteriana durante el embarazo: variación según la severidad de la infección y del género del hijo”

También las infecciones bacterianas aumentan el riesgo de esquizofrenia, al igual que las virosis.

2) Fiascos

-Pequeño fiasco: “Revisión sistemática de la literatura respecto del uso de quetiapina para el tratamiento de síntomas psicóticos en pacientes con parkinsonismo”

Dar quetiapina o dar placebo es lo mismo.

-Mediano fiasco: “Cambio en la prevalencia y en el tratamiento de la depresión en adultos mayores a lo largo de dos décadas”

En veinte años se duplicó el uso de antidepresivos en adultos mayores pero no se redujo la prevalencia de la depresión.

-Gran fiasco: “No hay sustento para las hipótesis histó-

ricas de genes candidatos o de interacción entre genes candidatos respecto del trastorno depresivo mayor a lo largo de amplias y múltiples muestras”

Años de estudios, millones gastados, tiempo dedicado al estudio genético de la depresión para nada.

3) Mirando al futuro: “La eficacia de las intervenciones mediante aplicaciones de teléfonos inteligentes para los problemas de salud mental: un meta-análisis de ensayos controlados y randomizados”

Las aplicaciones dan iguales o mejores resultados que los seres humanos.

4) Neurociencia de bolsillo: “El cerebro en línea: de qué manera internet puede estar modificando nuestra cognición”

Casi casi lo mismo que se puede leer en la revista del diario del domingo.

5) Interesante aporte para una discusión actual: “Alternativas comunitarias a las internaciones de pacientes con patología psiquiátrica”

¿Se puede o no se puede atender descompensaciones fuera de los hospitales especializados?

6) Cómo derrochar plata: “Estimación del riesgo de desarrollar TEPT en sobrevivientes de traumas recientes: resultados del Consorcio Internacional para predecir TEPT”

Después de arduos debates, los especialistas llegaron al conclusión que el riesgo de desarrollar Trastornos por estrés post-traumático se relaciona con la severidad inicial de los síntomas.

7) Alguna vez Atlas fue una revista de interconsulta: “Asociación entre la respuesta y seguridad de las intervenciones farmacológicas para el manejo y la prevención del síndrome confusional”

La combinación de haloperidol + lorazepam presenta la mejor tasa de respuesta y el ramelteon la menor tasa de aparición (prevención) del síndrome confusional.

8) Esketamina, el psicofármaco del año

En contra: “Esketamina para el tratamiento de la depresión resistente: siete preocupaciones sobre su eficacia y la aprobación dada por la FDA”

Se aprobó su uso en base a tres ensayos de corto plazo de los cuales sólo uno fue positivo (es decir, favorable).

A favor: “Eficacia y seguridad de una dosificación flexible de esketamina en spray nasal combinada con un antidepresivo oral de reciente inicio para el tratamiento de la depresión resistente: un estudio activo controlado, randomizado, a doble ciego”

La esketamina fue significativamente superior que el placebo (copiar y pegar).

9) Una revisión con aplicación clínica: “Tratamiento farmacológico para los síntomas negativos de la esquizofrenia: actualización y propuesta de algoritmo clínico”

Una oportunidad para los residentes que pueden leer en grupo.

10) La investigación más específica de la historia: “Efectos de la mirtazapina en trastorno por consumo de metanfetamina entre hombres cisgénero y mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres”

Sí, parece que la mirtazapina es efectiva, ¡pero qué difícil la generalización de los resultados!

11) Actualización para la toma de decisión del tratamiento antipsicótico (x 5):

a) *“Meta-análisis de dosis-respuesta de fármacos antipsicóticos”*

cos para la esquizofrenia aguda”

¿Cuál es la dosis adecuada de 20 antipsicóticos de segunda generación y del haloperidol, en función de un análisis de las curvas de dosis-respuesta, para pacientes con un episodio agudo de esquizofrenia?

b) “Eficacia y tolerabilidad comparativa de 32 antipsicóticos orales para el tratamiento agudo de adultos con múltiples episodios de esquizofrenia: una revisión sistemática y meta-análisis en red”

Todos los antipsicóticos produjeron una reducción global de los síntomas en mayor medida que el placebo; sin embargo, 6 antipsicóticos no alcanzaron significación estadística (levomepromazina, brexpiprazol, trifluoperazina, flufenazina, iloperidona y cariprazina).

c) “Asociación con internación y discontinuación por cualquier causa del tratamiento con clozapina comparado con otros antipsicóticos de segunda generación en pacientes con esquizofrenia: revisión sistemática y meta-análisis de estudios de cohorte”

La clozapina se asoció con un menor riesgo de internación y de discontinuación, más allá de la severidad de la patología.

d) Asociación entre polifarmacia antipsicótica vs. monoterapia respecto de las re-internaciones en pacientes adultos con esquizofrenia.

La combinación de clozapina con aripiprazol se asoció con el menor índice de re-internaciones.

e) Efectividad a largo plazo de los antipsicóticos orales de segunda generación en pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados: una revisión sistemática y un meta-análisis de comparaciones directas

No hubo una superioridad consistente por parte de ninguno de los antipsicóticos de segunda generación en cuanto a

eficacia y tolerabilidad.

Adenda para leer más

1) Información general: “Riesgo de trastornos psicóticos en hijos de madres que cursaron una infección bacteriana durante el embarazo: variación según la severidad de la infección y del género del hijo”

Maternal Bacterial Infection During Pregnancy and Offspring Risk of Psychotic Disorders: Variation by Severity of Infection and Offspring Sex

Lee et al.

Am J Psychiatry 2019. Oct.

La infección bacteriana materna durante el embarazo estuvo fuertemente asociada con el desarrollo de psicosis en la descendencia, con un 1,8 de incremento del riesgo general y del 2,9 en el caso de infecciones bacterianas multisistémicas. El riesgo, a su vez, fue mayor para el caso de la descendencia masculina en comparación con la femenina.

2) Fiascos

-Pequeño fiasco: “Revisión sistemática de la literatura respecto del uso de quetiapina para el tratamiento de síntomas psicóticos en pacientes con parkinsonismo”

Systematic Literature Review of Quetiapine for the Treatment of Psychosis in Patients With Parkinsonism

Chen JJ et al.

The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. Mar 2019

Siete ensayos controlados y randomizados (total N=241), cinco compararon quetiapina versus placebo y dos versus clozapina. Dosis promedio de quetiapina: 103mg. y tiempo promedio de los estudios: 12 semanas. En cuatro de los estudios contra placebo la quetiapina no produjo mejoría de los síntomas psicóticos. En la comparación con clozapina, la quetiapina fue mejor tolerada (tampoco agravó los síntomas motores)

pero no fue más efectiva. Conclusión: la eficacia de la quetiapina para los síntomas psicóticos en pacientes con parkinsonismo no fue mejor que el placebo o que la clozapina.

-Mediano fiasco: “Cambio en la prevalencia y en el tratamiento de la depresión en adultos mayores a lo largo de dos décadas”

Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades

Arthur A et al.

B J Psych. 2019. Oct. .

Comparando dos periodos (1990-1993 y 2008-2011), se observó que la prevalencia del diagnóstico de depresión fue de 7,9% en el primer periodo y de 6,8% en el segundo, variación que no alcanzó significación estadística. Paralelamente, la prevalencia del uso de antidepresivos en la población del primer periodo fue del 4,2% mientras que en la segunda aumentaba a 10,7%. Es decir, se duplicó el uso de antidepresivos y no se redujo la prevalencia de la depresión.

-Gran fiasco: “No hay sustento para las hipótesis históricas de genes candidatos o de interacción entre genes candidatos respecto del trastorno depresivo mayor a lo largo de amplias y múltiples muestras”

No Support for Historical Candidate Gene or Candidate Gene-by-Interaction Hypotheses for Major Depression Across Multiple Large Samples.

Border R et al.

Am J Psy. 2019. Mar.

Analizando varias muestras (con Ns entre 60.000 y 450.000) se examinaron los efectos del polimorfismo de los genes candidatos para la depresión, así como los posibles efectos de las interacciones entre polimorfismo y ambiente. Se apoyaron en 18 genes putativamente relacionados con el desarrollo de la depresión que fueron estudiados en 10 o más estudios. Los resultados sugieren que los genes candidatos no se

asociaron con el desarrollo de depresión en mayor medida que cualquier otro gen (gen no candidato), por lo que las numerosas asociaciones informadas previamente entre ciertos genes y un aumento en el riesgo de depresión posiblemente hayan sido falsos positivos.

3) Mirando al futuro: “La eficacia de las intervenciones mediante aplicaciones de teléfonos inteligentes para los problemas de salud mental: un meta-análisis de ensayos controlados y randomizados”

The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials

Linardon J et al.

World Psychiatry. September 2019

De acuerdo a un meta-análisis de 66 ensayos controlados y randomizados, se sugiere que las aplicaciones de apoyo para las intervenciones terapéuticas mediante teléfonos inteligentes ofrecieron una mejoría estadísticamente significativa para las siguientes situaciones clínicas: síntomas depresivos, síntomas de ansiedad generalizada, niveles de estrés, calidad de vida, síntomas de ansiedad social, malestar psiquiátrico general, mientras que no fueron efectivas para síntomas psicóticos, de estrés post-traumático y afecto negativo. Las intervenciones tuvieron resultados semejantes los alcanzados con las intervenciones presenciales... aunque fueron más baratas y accesibles.

4) Neurociencia de bolsillo: El “cerebro en línea”: de qué manera internet puede estar modificando nuestra cognición

The “online brain”: how the Internet may be changing our cognition

Firth J et al.

World Psychiatry. May 2019.

Artículo que examina algunas hipótesis acerca del modo en que el mundo on-line puede estar influyendo en la capa-

cidad atencional, procesos mnésicos y cognición social. La evidencia indica que internet puede producir tanto cambios agudos como sostenidos en todas estas áreas, lo cual estaría reflejando cambios a nivel cerebral.

5) Interesante aporte para una discusión actual: “Alternativas comunitarias a las internaciones de pacientes con patología psiquiátrica”

Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry

Lloyd-Evans B et al.

World Psychiatry. January 2019

El tratamiento domiciliario durante una crisis es una alternativa a la internación que podría favorecer la identificación y modificación de precipitantes sociales y ambientales de las crisis, obtención de apoyo familiar, desarrollo de estrategias de afrontamiento que se puedan aplicar en contextos sociales habituales de la persona, ofrecimiento de una base más igualitaria para las relaciones de colaboración entre los pacientes y los miembros del equipo de salud. Sin embargo, aún existe muy poco consenso acerca de las configuraciones óptimas que deberían tener los equipos de intervención, por lo que se propone cuatro puntos principales a resolver: a) lograr una respuesta rápida de los equipos de intervención en crisis, b) manejo de lo agudo aceptando que existe algún tipo de riesgo inherente al cuadro, c) clarificar el rol de la intervención comunitaria para que se diferencie realmente de una internación hospitalaria y d) una implementación que replique buenos resultados.

6) Cómo derrochar plata: “Estimación del riesgo de desarrollar TEPT en sobrevivientes de traumas recientes: resultados del Consorcio Internacional para predecir TEPT”

Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP)

World Psychiatry. January 2019.

Shalev AY et al.

La probabilidad de cumplir los criterios diagnósticos de TEPT entre los 4 y los 15 meses luego de haber tenido un ingreso en sala de agudos, se relaciona con la severidad inicial de los síntomas de TEPT. El género femenino, no haber completado la educación secundaria y el antecedente de trauma interpersonal mejoraba la predicción de dicho diagnóstico. Edad, estado civil, tipo de trauma no aportaron mayores beneficios a la predicción de dicho diagnóstico.

7) Alguna vez Atlas fue una revista de interconsulta:

“Asociación entre la respuesta y seguridad de las intervenciones farmacológicas para el manejo y la prevención del síndrome confusional”

Association of Delirium Response and Safety of Pharmacological Interventions for the Management and Prevention of Delirium. A Network Meta-analysis

Wu Y et al.

JAMA Psychiatry. 2019;76

¿Qué fármacos ofrecen la mejor tasa de respuesta clínica, la menor aparición y la mayor tolerabilidad para el tratamiento y la prevención del síndrome confusional? De acuerdo a un meta-análisis sobre 58 estudios randomizados (N= 9603), la combinación de haloperidol + lorazepam presenta la mejor tasa de respuesta y el ramelteon se asoció a una menor tasa de aparición (prevención) del síndrome confusional, y en menor medida, olanzapina, risperidona y dexmedetomidina. Ninguno de los tratamientos mostró un incremento en la morbi-mortalidad.

8) Esketamina, el psicofármaco del año:

En contra: “Esketamina para el tratamiento de la depresión resistente: siete preocupaciones sobre su eficacia y la aprobación dada por la FDA”

Esketamine for treatment-resistant depression: seven con-

cerns about efficacy and FDA approval

Turner E.

The Lancet, October.

Y unos meses después, Turner, miembro de uno de los comités de asesoramiento de la FDA, dijo que la aprobación de la esketamina (Spravato, su nombre comercial) se realizó sin que cumpla con los estándares habituales de la FDA para la aprobación de una nueva droga y que se contaba con poca evidencia de apoyo en términos de seguridad y eficacia puesto que sólo hubo tres ensayos de corto plazo y que sólo uno de ellos fue positivo (es decir, favorable).

A favor: “Eficacia y seguridad de una dosificación flexible de esketamina en spray nasal combinada con un antidepresivo oral de reciente inicio para el tratamiento de la depresión resistente: un estudio activo controlado, randomizado, a doble ciego”

Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study

Popova V et al.

Am J Psy. 21 May 2019

Pacientes con depresión, con refractariedad a, al menos, dos antidepresivos en el episodio actual, a los que se randomizó entre un nuevo antidepresivo + esketamina y un nuevo antidepresivo + placebo. Al día 28 del estudio, pero también desde el inicio, los cambios en la escala de Montgomery-Åsberg para la depresión fue significativamente diferente entre una rama y otra del tratamiento, favoreciendo la de esketamina. Un 7% de los pacientes abandonaron el tratamiento por intolerancia a los efectos secundarios de la esketamina (disociación, náusea, vértigo, mareo y alteración en el gusto).

9) Una revisión con aplicación clínica: “Tratamiento farmacológico para los síntomas negativos de la esquizofrenia:

actualización y propuesta de algoritmo clínico”

Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia: update and proposal of a clinical algorithm

Cerveri G et al.

Neuropsychiatric Disease and Treatment 2019:15.

Artículo de revisión acerca de los conocimientos actuales de los síntomas negativos de la esquizofrenia y elaboración de un posible algoritmo. Grosso modo, los autores proponen como fármaco de elección para los síntomas negativos a la cariprazina, en segundo lugar la amisulpirida y como tercera línea, la combinación entre olanzapina y quetiapina junto con algún antidepresivo.

10) La investigación más específica de la historia:

“Efectos de la mirtazapina en trastorno por consumo de metanfetamina entre hombres cisgénero y mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres”

Effects of Mirtazapine for Methamphetamine Use Disorder Among Cisgender Men and Transgender Women Who Have Sex With Men. A Placebo-Controlled Randomized Clinical Trial

Coffin P et al.

JAMA Psychiatry. December 11.

La mirtazapina redujo el uso de metanfetamina en el curso de las 24 semanas de tratamiento y en las 12 semanas de seguimiento, posteriores a la interrupción del tratamiento. Además, la mirtazapina redujo las conductas de riesgo sexual para hiv. Éste sería el segundo estudio que apoya el uso de la mirtazapina para el tratamiento del consumo de metanfetamina.

11) Actualización para la toma de decisión del tratamiento antipsicótico:

a) “Meta-análisis de dosis-respuesta de fármacos antipsicóticos para la esquizofrenia aguda”

Dose-Response Meta-Analysis of Antipsychotic Drugs for Acute Schizophrenia

Stefan Leucht et al.

Am J Psy. Diciembre.

Los autores exploraron cuál sería la dosis adecuada de 20 antipsicóticos de segunda generación y del haloperidol, en función de un análisis de las curvas de dosis-respuesta, para pacientes con un episodio agudo de esquizofrenia. Identificaron tanto el 50 como el 95% de la dosis efectiva para cada antipsicótico (es decir, la dosis que se asocia a una reducción del 50% de los síntomas y la que se asocia con una reducción del 95%), exploraron si dosis mayores o menores de las actualmente sugeridas pueden resultar más apropiadas y derivaron las equivalencias de dosis a partir del 95% de las dosis efectivas.

Las dosis efectivas del 95% y la dosis equivalente a 1 mg de risperidona vía oral (dosis máxima y mínima, respectivamente) fueron: amisulprida 537 mg/d y 85.8 mg; aripiprazol, 11.5 mg/d and 1.8 mg; asenapina, 15.0 mg/d y 2.4 mg; haloperidol, 6.3 mg/d y 1.01 mg; lurasidone, 147 mg/d y 23.5 mg; olanzapina, 15.2 mg/d y 2.4 mg; quetiapine, 482 mg/d y 77 mg; ziprasidona 186 mg/d y 30 mg., entre otros.

En pacientes con esquizofrenia crónica que cursan una exacerbación aguda, las dosis mayores al 95% de las dosis efectivas identificadas no proveen en general mayor eficacia, aunque algunas podrían mejorar su eficacia dado que la curva dosis respuesta no alcanzó su plateau.

b) “Eficacia y tolerabilidad comparativa de 32 antipsicóticos orales para el tratamiento agudo de adultos con múltiples episodios de esquizofrenia: una revisión sistemática y meta-análisis en red”

Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis

Huhn M et al.

The Lancet, Vol 394.

402 estudios (N= 53.463 pacientes). Se excluyeron pa-

cientes en los que predominasen los síntomas negativos o depresivos relevantes. Se tomaron diferentes medidas: mejoría de síntomas globales, de síntomas positivos, negativos, depresivos, efectos secundarios, etc.

Todos los antipsicóticos produjeron una reducción global de los síntomas en mayor medida que el placebo; sin embargo, 6 antipsicóticos no alcanzaron significación estadística (levomepromazina, brexpiprazol, trifluoperazina, flufenazina, iloperidona y cariprazina).

Los de mayor eficacia global fueron: clozapina, amisulpride, zotepina, tiotixeno, olanzapina y

risperidona. Luego, hay una descripción detallada del riesgo de producir diferentes efectos secundarios para cada antipsicótico estudiado: riesgo de discontinuación, sedación, uso de medicación antiparkinsoniana, aumento de peso, aumento de la prolactina, prolongación del QTc.

c) “Asociación con internación y discontinuación por cualquier causa del tratamiento con clozapina comparado con otros antipsicóticos de segunda generación en pacientes con esquizofrenia: revisión sistemática y meta-análisis de estudios de cohorte”

Association With Hospitalization and All-Cause Discontinuation Among Patients With Schizophrenia on Clozapine vs Other Oral Second-Generation Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies.

JAMA Psychiatry. 2019 Jul

Masuda et al.

68 artículos (N=109.341) con una duración promedio de la patología de 11 años y una duración promedio de los estudios de 19,1 meses. Clozapina se asoció con un menor riesgo de internación y de discontinuación, más allá de la severidad de la patología. Estos resultados fueron estadísticamente significativos respecto del riesgo de internación para quetiapina y aripiprazol y con todos los demás antipsicóticos, excepto aripiprazol, para discontinuación. La clozapina se asoció con

mejores resultados en cuanto a los síntomas generales y en la escala de impresión clínica global. La única contra fue que la clozapina se asoció con un incremento significativo del riesgo cardio-metabólico (aumento de peso, índice de masa corporal y diabetes tipo 2).

d) Asociación entre polifarmacia antipsicótica vs. monoterapia respecto de las re-internaciones en pacientes adultos con esquizofrenia.

Association of Antipsychotic Polypharmacy vs Monotherapy With Psychiatric Rehospitalization Among Adults With Schizophrenia.

JAMA Psychiatry. 2019 May

Tiihonen J et al.

En la cohorte total, que incluyó 62.250 pacientes, la combinación de clozapina con aripiprazol se asoció con el menor índice de re-internaciones aunque todas las combinaciones de antipsicóticos consideradas se asociaron con una reducción del riesgo de re internaciones entre un 7 a un 13% comparando con monoterapia.

e) Efectividad a largo plazo de los antipsicóticos orales de segunda generación en pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados: una revisión sistemática y un meta-análisis de comparaciones directas

Long-term effectiveness of oral second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review and meta-analysis of direct head-to-head comparisons

Kishimoto T et al.

World Psychiatry. May 2019

Análisis de 59 ensayos randomizados (N= 45.787) de más de 6 meses de duración. No hubo una superioridad consistente por parte de ninguno de los antipsicóticos de segunda generación en cuanto a eficacia y tolerabilidad.

Mayor discontinuación: clozapina, olanzapina y risperi-

dona.

Menor discontinuación: quetiapina.

Mayor mejoría de síntomas: clozapina y olanzapina.

Menor mejoría de síntomas: quetiapina y ziprasidona.

Mayor discontinuación debido a intolerancia: risperidona.

Mayor incremento de la prolactina: risperidona y amisulpirida.

Mayor sedación: quetiapina y clozapina.

Las Puertas de Tannhäuser

Andrés Rousseaux

Tres películas y una historia de un mundo de Superhumanxs

No, no voy a hablar del Joker. Primero porque no tiene superpoderes, segundo porque hay que dejar de robar con las interpretaciones de dicha gran película. Capaz en algún momento puede que escriba algo acerca de Joaquín.

Septimo Sentido

Ahora bien, de lo que si voy a hablar es de la trilogía (no sé si realmente fue su idea original, pero así le salió¹) de Night Shyamalan. Si, el tipo de Sexto Sentido. Todo inicia en el 2000 con “El Protegido” (Unbreakable), donde cuenta la historia de Bruce Willis en la piel de David Dunn. Este señor es un guardia de seguridad de 40 años más o menos, que se encuentra distanciado de su esposa por sospechas de infidelidad y que

¹ Shyamalan comento que cuando saco esta película estaba escribiendo como si fuera un comic de tres partes (el nacimiento del superhéroe, sus peripecias luchando contra el mal, y por último el gran combate contra su archienemigo). Le resulto más interesante la parte del nacimiento que el resto.

tiene un hijo con el cual casi no habla. Un día mientras viaja en tren (no sin antes intentar encararse una pasajera) ocurre un terrible accidente del cual solo David sobrevive. ¿Suerte? Para el Elijah Price (Samuel Jackson) el otro personaje de esta película, no hay nada de suerte en esto. Hablemos un poco de él: Elijah nació con osteogenesis imperfecta (huesos de cristal, así arranca la película) con lo cual cualquier golpe le puede generar una fractura. Después de haber pasado buena parte de su vida en camas de hospitales, Elijah encuentra en los cómics de superhéroes, un regalo que su madre, la Sra. Price, ofreció como pretexto para que él se atreviera a moverse, haciendo de los cómics su pasión y una teoría equilibrio universal relacionado con ellos. La teoría de Elijah es que, si en el mundo existe una persona como él, también debe existir otra que sea totalmente opuesta. Creyendo en esto, Elijah estuvo siempre al tanto de las noticias de numerosas catástrofes, en espera de oír una descripción semejante de alguien, y finalmente sucedió: esa persona podría ser David. En el servicio conmemorativo de las víctimas del accidente, encuentra un sobre en el parabrisas de su auto estacionado en la calle, con una elegante tarjeta en el interior con el logotipo y la dirección de la galería de arte de Edición limitada de Elijah, donde él exhibe una impresionante colección de comics que tiene desde hace muchos años, se encuentran y le pregunta si alguna vez ha estado enfermo. Para Elijah los comics representan otra forma de transmisión de las antiguas leyendas de la humanidad.

David y su hijo Joseph se encuentran con Elijah, quien le propone a David sobre su teoría de la infancia de los superhéroes de la vida real. David se inquieta y deja la tienda. Sin embargo, David siente curiosidad por sus poderes y al día siguiente comienza a levantar pesas en su casa, con su hijo alentándolo, llegando a 160 kilos, muy por encima de lo que podía hacer antes. Joseph comienza a idolatrar al padre y cree que él es un superhéroe, aunque David todavía sostiene que él es simplemente un hombre común. Por este motivo, desafía

nuevamente la teoría de Elijah en el estadio donde trabaja con un incidente de su infancia cuando casi se ahoga. Elijah sugiere que el incidente destaca la convención común según la cual los superhéroes a menudo tienen una debilidad. Sostiene que la debilidad de David podría ser el agua: es más fácil para él ahogarse, y tener más complicaciones al ahogarse que las personas normales. Cuando él sospecha en el estadio de cierto peligro, revisan en una puerta de entrada si los visitantes tienen armas y uno de ellos se aleja para evitar los controles, Elijah sorprendido le pide explicaciones sobre esta decisión de revisar a los visitantes, David responde que sospechaba del visitante vestido con una chaqueta militar y podía ver un arma oculta como una premonición, entonces Elijah sigue al visitante por la calle y al caer en una escalera puede ver el arma del visitante que se aleja, queda totalmente convencido de que David tiene poderes especiales como los de sus revistas de cómics.

Mientras examinaba los restos almacenados del accidente del tren que sobrevivió, David recuerda el accidente automovilístico que terminó su carrera deportiva, recordando que no sufrió daños y arrancó una puerta del auto para salvar a Audrey. David usó el accidente como una excusa para dejar el fútbol porque a Audrey no le gustaba la violencia del deporte, se casa con ella y tienen un hijo, aunque su relación ahora es muy complicada y parecen estar al borde del divorcio, se muestra un drama en la relación de pareja y el esfuerzo para cuidar a su hijo Joseph, momentos de crisis económica, inseguridad en la pareja y finalmente logra un aumento en su trabajo por el pago de cada día de vigilancia, al enviar una carta preguntando a los administradores del estadio si algún día había faltado al trabajo por problemas de salud, entonces considera que podría obtener alguna ventaja de sus condiciones especiales y ayudar más a otras personas.

Bajo la influencia de Elijah, David se da cuenta ahora de lo que él pensaba era solamente un instinto natural para elegir

personas peligrosas durante los controles de seguridad en su trabajo en el estadio, es en realidad una forma de percepción extrasensorial muy especial como parte de sus poderes sobrenaturales. Ahora, consciente y perfeccionando esta habilidad en su trabajo, David descubre que cuando entra en contacto con otras personas, puede vislumbrar los actos criminales cometidos en el pasado, toca y les da la mano siente lo que ocultan, han hecho durante muchos años y recientemente. A sugerencia de Elijah que aparentemente trata de ayudarlo, David se encuentra en medio de una multitud en la estación; cuando varias personas se topan con él, siente los crímenes que perpetraron y encuentra uno en el que puede actuar en el futuro inmediato: un encargado sádico ha invadido la casa de una familia, mató al padre y ahora está reteniendo a la esposa y sus dos hijos cautivos en su casa. Sigue al encargado hasta la casa de las víctimas, libera a los niños y encuentra a su madre, pero el conserje lo embosca y empuja desde un balcón en el segundo piso hacia una piscina. David casi se ahoga porque no puede nadar bien y el agua es su debilidad (su kryptonita en palabras de Elijah), pero los niños liberados de la casa lo rescatan. Luego ataca al encargado y lo estrangula, mientras David permanece ileso por la gran resistencia física que tiene, pero descubre a la madre ya muerta cuando trata de liberarla y se retira de la casa en silencio. A la mañana siguiente, David le muestra en secreto a Joseph un artículo periodístico sobre el acto heroico anónimo reportado a la policía por los niños liberados, con un boceto de él en el poncho de lluvia con capucha que usó mientras se enfrentaba al encargado. Joseph reconoce al héroe como su padre y promete guardar su secreto.

David se encuentra con Elijah nuevamente en la galería de arte donde se exhiben los cómics para contarle lo que ha pasado, le da la mano y descubre que él es un asesino por naturaleza, su maldad lo obliga a hacer cosas malas desde hace mucho tiempo, ataques contra la gente en las calles, actos de terrorismo, sabotaje y asesinatos en masa por su maldad natural,

limitado solamente por su enfermedad y David es su opuesto, como lo había previsto Elijah anteriormente, es bondadoso, trata de ayudar a los demás, evita que se cometan atentados contra la gente, se preocupa por la seguridad de otras personas y David se aleja de él para siempre. Una explicación bastante kreschmeriana, donde la constitución la componen todas las características con las que un individuo nace. Esto incluye el genotipo que interactúa con el entorno para producir un fenotipo. Este fenotipo se manifiesta de tres formas: constitución, carácter y temperamento. Como son manifestaciones del mismo fenotipo, se teoriza que mantienen una estrecha relación entre ellas.

Lo uno y lo múltiple

Pero en la próxima entrega, Shyamalan hace caso omiso de la teoría constitutiva. Siguiendo el caso real de Billy Milligan, quien presentaba 24 personalidades, crea Fragmentado (Split, 2017). La película arranca con el secuestro de tres chicas (Claire, Marcia y Casey) por parte de Dennis (una de las 23 actuaciones de John McAvoy). La psicóloga de este ser tan especial, la doctora Karen Fletcher, recibe un mensaje de correo electrónico enviado por la personalidad protectora, “Barry”, quien solicita verla. Ha estado en tratamiento durante los últimos años, por lo cual aparentemente está totalmente estable de su “Trastorno de identidad disociativo”

¿Posta esto existe de “verdad”? Así es, F44.8 según CIE-10, se caracteriza por la existencia de dos o más identidades en una persona, cada una con su propio patrón de percibir y actuar con el ambiente. Al menos dos de estas personalidades toman el control del comportamiento del individuo de forma rutinaria, y están asociadas también con un grado de pérdida de memoria más allá de la falta de memoria normal. A esta pérdida de memoria se le conoce con frecuencia como “tiem-

po perdido” o “tiempo amnésico”. Se le asocia con el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, el trastorno por abuso de sustancias, autolesiones o ansiedad. La causa se debe a un trauma infantil., en particular abuso.

En la mente del personaje de John McAvoy, cada una de sus personalidades se sienta en diferentes sillas dentro de una habitación esperando su turno “en la luz” mientras son controlados por “Barry”. Dos personalidades, “Dennis” y “Patricia”, se mantienen fuera de la luz, debido a que ambos tienen tendencias violentas y trastorno obsesivo compulsivo; en el caso de “Dennis”, además se debe a que le gusta ver chicas desnudas.

Si bien son 24 personalidades y para que no sea tan confuso, la película se centra en tres de ellas: Dennis, un ser sumamente estricto y detallista, de postura militar, adora la fuerza de la Bestia; Patricia, una señora de unos 40 tantos, que disfruta mucho de tener poder y manejar a los demás y por ultimo Hedwig, un nene de 9 años muy curioso y que sabe bailar, como así también es el que ha logrado controlar “la luz”. Ellxs constituyen “La Horda”.

La doctora Fletcher, a través de sus estudios, ha llegado a la conclusión de que personas como pueden superar sus limitaciones al cambiar a diferentes personalidades. La doctora asiste, a través de su computadora, a un congreso médico e intenta convencer a los especialistas de su hipótesis, es decir, de lo que podría ser una solución para todas las discapacidades. Claramente no le creen, porque en esencia es seguir una de las viejas líneas del psicoanálisis: de la misma manera que generamos nuestros síntomas, podemos generar nuestras soluciones.

Mientras tanto, Claire y Marcia conspiran para atacar a “Dennis”, pero son disuadidos por Casey quien parece tener

experiencia anterior con el abuso y quiere esperar una mejor oportunidad. Las chicas se dan cuenta de que algo pasa cuando “Patricia”, quien cuando está en la luz se vista como una chica, les asegura que “Dennis” tiene prohibido tocarlas porque sirven para un propósito mayor. Casey busca amistad con “Hedwig”, una personalidad que pretende ser un chico de nueve años, a quien Casey astutamente “confiesa” que será también sacrificado a “La Bestia”, al parecer la personalidad número veinticuatro, adorada como una deidad, y accidentalmente revela que la bodega se ha reforzado recientemente para mantenerlas adentro. Casey y Marcia hacen una barricada en la puerta mientras Claire intenta escapar, pero “Dennis” emerge y la detiene, y encierra a Claire en una celda separada.

“Dennis” se hace pasar por “Barry” y asiste a una cita con la doctora Fletcher, donde niega tener una urgencia, pero la doctora Fletcher observa discrepancias en su comportamiento y rápidamente se da cuenta de que “Dennis” y “Patricia” han suplantado a “Barry” como la personalidad dominante, y discuten la posibilidad de que “La Bestia” sea real. Casey y Marcia más adelante recibieron alimentos de “Patricia”, quien las lleva a la cocina. Viendo una oportunidad para escapar, Marcia golpea a “Patricia” con una silla y huye, pero es capturada y colocada en una celda diferente. Casey continúa haciéndose pasar como amiga de “Hedwig”, quien mencionó que tenía una ventana en su cuarto.

“Dennis” visita una vez más a la doctora Fletcher, y hablan sobre el padre de la personalidad original, que lo abandonó a bordo de un tren cuando era pequeño. A las otras personalidades esto les hace creer que “La Bestia” está escondida dentro del vagón de un tren. Las personalidades comenzaron a manifestarse para ayudar a Kevin a hacer frente a los abusos a los que fue sometido por su madre, quien sufría de trastorno obsesivo compulsivo. Al llegar a la habitación de Casey, “Hedwig” lleva a Casey a su dormitorio, pero Casey se decepciona al

saber que la ventana eran sólo unas hojas de papel con dibujos de la misma abierta o cerrada. Toma entonces un walkie-talkie, descubre que funciona y comienza a pedir ayuda a una voz desconocida, una persona que piensa que es una broma o que ella robó el walkie-talkie de algún compañero del zoológico, y no le cree nada y se despide. Entonces Casey es sometida por “Patricia”.

Casey comienza a recordar entonces escenas de cuando fue víctima de abuso por parte de su tío John, quien se convirtió en su tutor legal después de la muerte de su padre. La primera vez que su tío abusó de ella fue en un viaje de cacería que hicieron con su padre, mientras éste dormía; en otra escena de sus recuerdos, ella está a punto de matar con una escopeta a su tío, pero titubea, y pierde la oportunidad.

La doctora Fletcher se alarma al ver el gran número de mensajes de correo electrónico de ayuda que recibe de “Barry” en un mismo momento. Apresurada, llega a casa de la personalidad principal para ofrecerle ayuda. Ya adentro, comienza a sospechar que él puede atacarla, y le dice simplemente que cree que lo mejor es que se vean en su consultorio y hablen más abiertamente del tema de “La Bestia”. Le pide entonces pasar al baño, lo que en realidad utiliza como pretexto para averiguar qué ocurre en esa casa. Descubre entonces a una de las chicas secuestradas. Antes de poder ayudarla, “Dennis” la duerme como durmió a las chicas. “Dennis” aparece luego en un vagón de tren y se convierte en “La Bestia”: manifiesta una sorprendente agilidad, fuerza, resistencia y una velocidad sobrehumana. Sabiendo que la única manera de llamar a “la luz” es que diga su nombre completo, la doctora Fletcher lo escribe en un papel antes de ser asesinada (triturada) por “La Bestia”. Mientras tanto, las chicas por separado intentan escapar de sus celdas.

“La Bestia” mata a dos de las chicas; mientras tanto,

Casey descubre el cuerpo sin vida de la doctora Fletcher, así como el papel donde anotó el nombre completo: Kevin Wendell Crumb. Lo nombra de esta manera y horrorizado por sus acciones (le pregunta a Casey qué ocurrió y quién lo hizo), Kevin le indica a Casey donde guarda su escopeta y le ordena matarlo antes de que sus personalidades comiencen a asumir el control. Las personalidades comienzan entonces a manifestarse en ese instante, una después de la otra, hasta llegar a la número 24, “La Bestia”. Casey huye y logra encerrarse en una celda; luego, le dispara a Kevin a quemarropa, aunque las heridas parecen no afectarle. La voz de “La Bestia” dice que sus planes son liberar al mundo de los “impuros”, aquellos cuyos corazones son impuros porque nunca han sufrido en sus vidas. “La Bestia” está a punto de devorar a Casey cuando, de pronto, nota las numerosas cicatrices que hay en su cuerpo, y se regocija en el hecho de que ella es “pura”, al igual que las veinticuatro personalidades, porque sí ha sufrido. Este punto es una clara referencia a la necesidad del trauma en la vida del héroe/antihéroe- heroína/antiheroína en pos del desarrollo de sus poderes y/o habilidades: la destrucción de Krypton, la muerte de los padres de Bruno Diaz, el destierro de Diana de la Isla de las Amazonas.

Más tarde, Casey es rescatada por uno de los compañeros de trabajo de Kevin, y al hacerlo resulta que el lugar en el que estuvo secuestrada se hallaba debajo del zoológico de Filadelfia, donde Kevin vivía y trabajaba, en el sótano del edificio de mantenimiento. “La Bestia” es la conjunción de todos los animales a los cuales Kevin cuidaba a diario². El compañero de trabajo le ayuda a pasar a un puesto de seguridad y le dice al oficial que llame a la policía. Casey es interrogada por un oficial, quien le pregunta si está lista para regresar a casa con su tío. Ella vacila, y no se ve lo que decide responder.

2 Similar a la identificación que presentaba el personaje de Woody Allen en Zelig.

En otro escondite, “Dennis”, “Patricia” y “Hedwig” ejercen control permanente sobre el cuerpo de Kevin y admiran el poder de “La Bestia” y sus planes para cambiar el mundo. En un restaurante, los comensales escuchan la cobertura periodística de los crímenes de Kevin, que ha sido apodado “La Horda”. Una de los clientes observa la semejanza entre dicho apodo y el de un terrorista que usaba silla de ruedas y que fue detenido quince años atrás. Trata de recordar el nombre de ese terrorista, y un hombre sentado junto a ella se lo dice: al levantarse la mujer, vemos que se trata de David Dunn, quien le recuerda al cliente que el terrorista había recibido el apodo de Mr. Glass. Y esto hecho recién revelado al final, pero que Uds. saben desde el principio, es lo que sirve para enganchar a las películas.

Y acá es cuando aparece el/la más archivillanx de todxs: la psiquiatría.

En 2019 sale Glass, ultima de una trilogía que parece forzada. Más o menos tres meses después de los eventos de Fragmentado, la Horda ha tomado como rehenes a cuatro animadoras para sacrificar a la Bestia. David Dunn (ahora nombrado como “The Overseer”, algo así como “El supervisor”), en un esfuerzo por detener a la Horda, lo ha estado siguiendo con la ayuda de su hijo Joseph (que es el mismo actor que en la primera película). Joseph teoriza que si bien los incidentes relacionados con la Horda han ocurrido dentro de un área triangulada alrededor del zoológico, él cree que se esconden en otro lugar que le permite alcanzar el área triangulada fácilmente, lo que deducen que es un barrio industrial.

David da un paseo por esa zona y se acerca a Hedwig, rozándolo al pasar, lo que le permite verlo sentado entre las cuatro animadoras cautivas. Con la ayuda de Joseph, determinan a las porristas detenidas en una fábrica de ladrillos, en

dirección opuesta a donde se dirigía Hedwig. David libera a las animadoras, pero se enfrentan a la Bestia, que había emergido para reclamar su sacrificio. David y la Bestia se involucran mutuamente en la sala sin vencer al otro. Tratando de escapar de las garras de la Bestia, David se arroja a sí mismo y a la Bestia por la ventana de arriba. Ninguno de los dos sufre ninguna lesión por la caída, pero antes de que puedan volver a participar, un brillante destello de luz somete a la Bestia y trae una personalidad diferente hacia adelante. Luego, los dos son puestos bajo custodia e ingresados, donde más que en el Hospital Psiquiátrico Raven Hill, donde son observados y tratados por la Dra. Staple (encarnada por Sara Paulson), junto con el antiguo archinémesis de David: Elijah Price, quien se hace llamar Mr. Glass. Elijah había residido en la instalación desde su arresto inicial 19 años antes, y se le mantiene bajo una gran medicación de sedantes para evitar que cause daños.

La Dra. Staple cree que estos individuos tienen una forma particular de delirio, donde la megalomanía los lleva a que creen ideas delirantes de grandeza en relación a los superhéroes. Por dicho motivo, intenta comprender dicha ideación, armando habitaciones especiales en función de la ideación para cada personaje: La Horda se mantiene en una habitación equipada con un aparato de iluminación similar que se activa si se acerca demasiado a la puerta, así, el destello obliga a otra personalidad a avanzar y “tomar la luz” en la mente de Kevin, mientras que la habitación de David está equipada con un serie de aspersores, que inundarán su habitación con 56000 litros de agua, en caso de que intente escapar. Cualquier similitud con las duchas frías del siglo XIX es pura coincidencia.

La Dra. Staple realiza una serie de pruebas y lleva a cabo numerosas entrevistas y sesiones con los individuos y otras personas que los conocieron o que están cerca de ellos. Específicamente Joseph, la Sra. Price y Casey. Estos personajes desarrollan las ideas que Mr. Glass había nombrado en la primera

película, como la analogía entre la vestimenta de los héroes de antaño, los hombres fuertes del circo y los primeros superhéroes (en particular Superman). En estas diversas sesiones, ella intenta racionalizar sus habilidades como delirios de varios tipos, y algunos de ellos, tanto personajes principales como secundarios, comienzan a creer la posibilidad de que pueda ser cierto.

Finalmente, Elijah mediante un elaborado plan, puede entrar en la habitación de la Horda, donde habla con Patricia. La convence de que, si bien la percepción de la Dra. Staple podría explicar las cosas, no hace que la realidad de sus habilidades sea menos verdadera. Él le dice a Patricia que quiere conocer a la Bestia la noche siguiente. Después de que Elijah regrese a su habitación y se vaya a la cama, la Dra. Staple y el personal del hospital lo despiertan bruscamente, y ella le informa de que lo vio salir de su habitación en la filmación de vigilancia y, como resultado, adelantó el calendario de un procedimiento quirúrgico en su lóbulo frontal. Si si, una lobotomía, que independientemente del hecho de que se haya escapado de su habitación, ya estaba programada.

La noche siguiente al procedimiento, uno de los enfermeros del hospital, lleva a Elijah su cena y lo chequea. Entonces, Elijah le corta la garganta con un trozo de vidrio mira un componente del instrumento quirúrgico que retiró, lo que hace que el dispositivo haya sido ineficaz contra él. Su superpoder es la inteligencia y esto es solo una pequeña muestra de ella.

Luego va a la habitación de la Horda, donde desactiva las luces para que puedan irse. Ellos van a un cuarto de vuelta en el hospital, donde la bestia emerge y considera a Elijah puro a causa de su sufrimiento. Cuando otro enfermero del hospital va a buscar a Elijah, se encuentra con su compañero muerto. Desesperado sale en su búsqueda, encontrándolo en un almacén, y es emboscado por la Bestia, quien lo mata. Permitiendo

que Patricia tome la luz, los dos salen del hospital a través del sótano, donde la Bestia reaparece y derrota a tres guardias de seguridad. Elijah ingresa a una sala de control, donde rápidamente escribe el código en la computadora, y luego le habla a David por un intercomunicador en su habitación, diciéndole que David estaba usando muy poco de sus habilidades para luchar contra pequeños delincuentes y, al desatar a la Horda, le estaba dando a David una oportunidad para usar todo su potencial. David atraviesa la puerta de acero de su habitación, encuentra su poncho de lluvia en el almacén y va tras Elijah y la Bestia.

La Bestia derrota a los guardias de seguridad múltiples en las instalaciones y voltea uno de los vehículos de patrulla levantándolo sobre su costado. Luego, David llega y se enfrenta a la Bestia frente al hospital, donde los dos se traban en una lucha. David consigue asestarle varios golpes, mientras la Bestia intenta ahogarlo. Joseph llega e interrumpe la pelea, explicándole a la Bestia que el padre de Kevin, Clarence Wendell Crumb, murió en el mismo choque de trenes que David sobrevivió años antes, un accidente que fue orquestado por Elijah. Mientras que la Bestia estaba agradecida por lo que veía como su propia creación debido a las acciones de Elijah, sin embargo, se sentía responsable de proteger a Kevin, y hiere mortalmente a Elijah en represalia por asesinar al padre de Kevin.

Volviéndose a David, la Bestia arroja a David al tanque de almacenamiento de agua que fue diseñado para inundar su sala de espera. La Bestia salta tras él y David casi se ahoga antes de romper la pared del tanque y escapar. Casey se enfrenta a la Bestia antes de que pueda abandonar el sitio. Queriendo salvarlo, ella pronuncia el nombre completo como lo había hecho antes, lo que obliga a Kevin a regresar a la luz. De repente, Kevin recibe un disparo en el abdomen por un francotirador con un tatuaje de trébol de tres hojas en su muñeca, y comien-

za a sangrar, muriendo en los brazos de Casey. David, todavía debilitado por casi ahogarse, es tomado por dos operadores SWAT con tatuajes idénticos de trébol de tres hojas en sus muñecas, y es ahogado en un gran bache que se llenó de agua cuando el tanque se derrumbó.

Antes de su muerte, la Dra. Staple le pide a David que la tome de la mano, permitiéndole ver en su mente que es miembro de una sociedad secreta que se dedica a reprimir a personas sobrehumanas, todos cuyos miembros están marcados con el mismo tatuaje. Luego acude a un Elijah moribundo, y confiesa que todas sus teorías han sido correctas, y la sociedad de la que forma parte ha existido durante 10 000 de años para mantener el orden, creyendo que es “injusto que los dioses vivan entre nosotros”, siendo lxs psiquiatras lxs encargadx de mantener dicho equilibrio a través de la explicación delirante de dichos poderes. Utilizan activamente la normopatía, desubjetivando a los individuos. Buscan que la sociedad tome como naturales y normales los procesos sociales solamente delimitados por dicha sociedad secreta. Así su lenguaje, su pensamiento, su comportamiento normado en vista del resultado y la eficacia, pierde todo poder de contestación

La Sra. Price le dice a Elijah que él identificó erróneamente la situación como una historia de “edición limitada” donde el héroe y el villano se enfrentarán a la vista del mundo, pero Mr. Glass la corrige diciendo que es una historia de orígenes. Luego, la Dra. Staple informa a los demás miembros de su sociedad que han logrado abordar la situación en Filadelfia. Sin embargo, más tarde se entera de que Elijah había intervenido todas las cámaras de vigilancia en los terrenos del hospital (dedicadas a vigilarlo) y había enviado las imágenes a su madre, Joseph y Casey. Juntos, filtran las imágenes a Internet y a la prensa, destruyendo por completo a la Dra. Staple y los esfuerzos de la sociedad por mantener al mundo ajeno a los superhumanos, revelando su existencia al mundo

La Dra. Staple grita de frustración y derrotada, y la historia termina con Joseph, Casey y la Sra. Price viendo los efectos de sus actos. La Sra. Price les dice Joseph y Casey que “es el comienzo de un universo”, a pesar de ver la muerte de los tres superhumanos.

¿Por qué siempre tenemos el mismo papel?

La trilogía en si no está muy buena. En opinión de quien escribe cada una por separado no tienen nada de especial, pero en conjunto es interesante ver como el mundo de la Salud Mental es convocado para dar explicaciones a lo poco convencional. Ahí es donde pasamos de una profesional cálida y atenta a las múltiples subjetividades de Kevin a la maléfica Dra. que forma parte una sociedad secreta, fiel representante de la normopatía.

Para el normópata, lo normal es que una familia la formen un hombre y una mujer, por lo que el matrimonio homosexual (y la homosexualidad misma) es una aberración. Para el normópata, siempre ha habido ricos y pobres, siempre ha habido brutalidad policial impune, siempre ha habido políticos corruptos impunes, y por tanto es normal que los ricos, los reyes, los obispos, los policías y los políticos sigan abusando impunemente de los demás. Y, consiguientemente, también es normal que quienes se oponen a estos abusos normalizados vayan a la cárcel. Se naturaliza la desigualdad para controlarla, como algo malo que necesita ser encauzado. Es cuestión de escuchar atentamente para encontrar formas edulcoradas de estas máximas en nuestro cotidiano, sin necesidad de sociedades secretas, no solo de la psiquiatría, sino de los trabajadores de la salud en general. Muchos cometen horribles crímenes por el mero deseo de ascender en su carrera profesional, crímenes a la altura del peor villano de comics.

El Acontecimiento Psicodélico

Tamara Chernoff
Bruno Kliger

El color que cayó del cielo: un recorrido por las drogas alucinógenas.

Los psicodélicos o alucinógenos clásicos son compuestos psicoactivos que ejercen sus efectos, principalmente, a través del agonismo sobre receptores serotoninérgicos, en particular los de tipo 2A y, en menor medida, 2C y 1A. Se dividen en dos categorías estructurales generales. Una de ellas incluye variaciones de la estructura molecular triptamina, como el LSD (dietilamida de ácido lisérgico), la psilocibina (el componente psicoactivo de los hongos alucinógenos) y el DMT (dimetil-triptamina, sustancia presente en la bebida sacramental sudamericana ayahuasca); la segunda categoría comprende moléculas similares a la feniletilamina, entre las que se cuentan la mescalina (el principal componente psicoactivo del Peyote y el San Pedro, cactus usados en ritos ceremoniales por diversos pueblos americanos) y compuestos sintéticos -que no existen de forma natural- como el 2-CB y el 25I-NBOMe, y la metilendioxi-metanfetamina (MDMA, también conocido como éxtasis), que actúa por medio de la liberación de serotonina más que por el agonismo directo de los receptores serotoninérgicos

2A y cuyos efectos se solapan parcialmente con los de los psicodélicos clásicos (Johnson et al., 2016).

El término alucinógeno, sin embargo, no es del todo adecuado para denominar este grupo de sustancias. Por un lado, porque no producen, generalmente, fenómenos alucinatorios francos (Carhart Harris et al. 2016). Pero, sobre todo, porque poner el foco en sus influencias sobre la percepción resulta una categorización muy parcial de su efecto global, que implica profundos cambios en la experiencia subjetiva, en los dominios afectivo y cognitivo y en la propia configuración de la conciencia humana y la percepción del yo. Podríamos considerar que existen una multiplicidad de experiencias, e incluso otras sustancias, que modifican también el estado de nuestra conciencia. Sin embargo, los psicodélicos producen una serie de cambios muy particulares y distintivos. A nivel cerebral, su actividad resulta tan característica que es pertinente hablar de un cerebro en modo de funcionamiento “psicodélico”, tanto como lo es hablar de un estado “despierto”, “dormido” o “soñando”. Es igualmente distintivo e idiosincrático el efecto a nivel subjetivo, que da cuenta del poder de estos compuestos para alterar la conciencia humana tanto a nivel de sus contenidos - las percepciones y las ideas- como en su estructura misma o sus propiedades más abstractas o modos de funcionamiento - como el proceso de pensamiento en sí, las asociaciones de ideas o la forma en que captamos la propia individualidad (González et al., 2017). Un fenómeno producido en dosis altas y contextos adecuados, que implica influencias sobre este último aspecto, es conocido como “experiencia mística”, y representa posiblemente el punto más peculiar que las agrupa. Pareciera ser también el elemento central de sus potencialidades en los campos de la salud y la investigación, como desarrollaremos más tarde.

Es por esto que el término “alucinógenos” fue perdiendo respaldo en el ámbito científico en favor de “psicodéli-

cos”, acuñado en 1957 por el psiquiatra británico Humphrey Osmond, pionero en la investigación en este campo. Es un neologismo que sintetiza las palabras griegas psyche (alma) y deloun (mostrar, poner de manifiesto). Alude, por lo tanto, a compuestos que “revelan el alma”, noción que nos acerca más al hecho de que producen estados no ordinarios y más variables de conciencia, menos centrados en el sentido normal del yo y que implican, en ocasiones, la expansión de recorridos autobiográficos. En palabras de Grinspoon y Bakalar (1979), “son sustancias que, sin causar adicción física, craving, perturbaciones fisiológicas importantes, delirium, desorientación o amnesia, producen cambios en el pensamiento, el humor y la percepción que raramente se producen de otro modo, excepto en los sueños, la exaltación contemplativa o religiosa, los destellos involuntarios de memoria vívida o la psicosis aguda”.

Durante milenios, diversas culturas y pueblos han utilizado sustancias naturales o derivados de ellas para alcanzar ciertos efectos o estados. Las razones aparentes para este uso tan temprano son supuestos de la arqueología y de la historia, abarcando fines ceremoniosos, médicos y recreacionales (esto en la cultura occidental moderna). Muchos de estos compuestos forman parte de los psicodélicos, como la ayahuasca, los hongos psilocibes y distintos cactus que contienen mescalina.

El descubrimiento del LSD fue pura serendipia. En la universidad de Maryland, Albert Hoffman, un farmacéutico que investigaba para el laboratorio Sandoz buscaba una droga para detener las hemorragias post parto, investigando sustancias derivadas del hongo ergot. En 1943, debió interrumpir su jornada cuando comenzó a experimentar cambios inexplicables a nivel de su percepción, su pensamiento y su estado de ánimo. Uno de los compuestos con que trabajaba había ingresado accidentalmente en su organismo y, según comprobaría

luego, había la causa de los efectos. Sería el comienzo de la investigación científica con psicodélicos y un hito que marcaría la cultura de las décadas posteriores (Hoffman, A., 1980).

En 1947 se publicó el primer estudio clínico sobre el LSD, y para 1948 comenzaba a ser utilizado por psiquiatras en marcos terapéuticos. Para ese momento, la FDA había aprobado su uso en manos de expertos, con vistas a evaluar sus potenciales utilidades clínicas y su perfil de seguridad. En la literatura médica y la prensa popular se hablaba de esta nueva droga “milagrosa”, que prometía aplicaciones para tratar diversos padecimientos mentales como la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad, el estrés post traumático o las adicciones. Parecía mostrar efectos interesantes, un buen perfil de seguridad y las publicaciones científicas y conferencias internacionales al respecto proliferaron (Belouin et al. 2018).

Un suceso en 1962 cambió el curso de las cosas. Un gran número de niños en todo el mundo nació con una variedad de malformaciones corporales debidas al tratamiento de las náuseas del embarazo con talidomida, llevando a la publicación de la Enmienda sobre Drogas de la FDA, que obligaba legalmente a los laboratorios a demostrar eficacia clínica de los compuestos que comercializaban mediante ensayos adecuadamente controlados. Esta legislación fue clave en la rigurosidad de las condiciones para la prueba de nuevos químicos. Esto, junto con el hecho de que Sandoz perdería los derechos de patentación del LSD al año siguiente, contribuyó en parte a que no hubiera interés en financiar las investigaciones adecuadas para su aprobación.

El LSD ocupó a su vez el centro de la escena política y social de los años que siguieron. El surgimiento de la “contracultura” y el movimiento hippie, abrazó al LSD y sustancias similares dándole el lugar de “expansores de conciencia”. Llamaban a abandonar convencionalismos y moralismos propios

de la época, se oponían a la guerra de Vietnam, abogaban por la igualdad racial y de género y por el cuidado del medio ambiente. Y bajo lemas como “turn on, tune in, and drop out” de Timothy Leary -un psicólogo y profesor de Harvard referente de esta corriente- la cultura psicodélica formó parte de la esencia de su discurso.

La dirigencia política de la época tenía una franca orientación conservadora representada en la presidencia de Richard Nixon, que vinculaba el movimiento contracultural con el delito, considerándolo destructivo y peligroso e igualando el consumo de drogas a una amenaza social. El LSD comenzó a ser visto con recelo por gran parte del poder político y médico, y Sandoz se distanció de su investigación entregando las últimas muestras de Delysid al Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). En este contexto, el Acta de Sustancias Controladas de Estados Unidos en 1970 posicionó a las sustancias psicodélicas en la Clase I, junto con otras como la heroína. Esta clase incluye aquellas sustancias con alto potencial de abuso, sin uso médico aceptado ni evidencia para su utilización segura. No se bloquean directamente las investigaciones sobre ellas, pero se instalan restricciones y requerimientos lo suficientemente importantes como para desincentivarlas. Su producción y posesión está penada.

La preocupación que polemizaba el uso de psicodélicos parecía estar basada en sensacionalismo, falta de información y facciones culturales, en vez de evidencia científica sobre los daños que causaban. La Organización Mundial de la Salud preparó su primera revisión sobre psicodélicos para la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971. En este informe declaraban que no había evidencia de efectos adversos dañinos por parte de la psilocibina, mescalina, DMT y LSD. Otros sectores, en cambio, hablaban de un tipo de “dependencia al LSD” que sucedía con el uso periódico de la sustancia en “personalidades artísticas”. En 1975 se publicó un reporte del

NIMH notando que el uso de LSD en un patrón social repetitivo no podía ser caracterizado por una denominación psiquiátrica, y que se requerían más estudios sobre las experiencias místicas causadas por psicodélicos. En concordancia con esto, en 1968 el Senado de Estados Unidos había emitido un reporte en el cual todos los profesionales expertos que habían atestiguado sus aplicaciones se mostraban en desacuerdo con criminalizar su uso (Belouin et al., 2018).

Tiempo después, en una entrevista con el periodista Dan Baum, John Ehrlichman -asesor de Nixon- explicaría que la guerra contra las drogas se trataba más de desmoralizar a la izquierda anti guerra y a la población afroamericana, admitiendo públicamente que sabían que mentían en sus argumentos respecto de la legislación sobre las mismas (Vice, 2016).

Haciendo a un lado la historia y el punitivismo que rige su uso, queremos mencionar que los psicodélicos clásicos implican riesgos. Por un lado, una cuestión relevante ante una dosis lo suficientemente alta es la posibilidad de experimentar una reacción aguda de tipo ansiosa, disfórica, confusa y, rara vez, delirante, lo que se conoce coloquialmente como “mal viaje”. En entornos no supervisados, puede llevar a conductas riesgosas o accidentes, pero su manejo es seguro y rápido en contextos clínicos con las medidas adecuadas.

Otros riesgos posibles son la exacerbación de trastornos psicóticos preexistentes o el desencadenamiento de un desorden de este tipo que luego se prolongue en el tiempo. Este punto, sin embargo, requiere algunas consideraciones. La mayor parte de los efectos adversos de los psicodélicos son a corto plazo, y los posibles síntomas psiquiátricos resuelven en horas o días. Si una persona desarrolla un trastorno psicótico luego de la toma de un psicodélico, se sospecha vulnerabilidad previa, no siendo posible determinar si lo hubiese presentado de no haber sido expuesta a la droga (Nichols et al., 2016).

Estudios poblacionales de gran magnitud ubican el hecho de que la información acerca de complicaciones prolongadas está basada, en general, en reportes de casos que no descartan antecedentes psiquiátricos, otros factores causales o el consumo de otras sustancias. Puntualizan también que la edad de comienzo de muchos trastornos psiquiátricos coincide en gran medida con la del uso de psicodélicos, y dados los llamativos efectos de estos a nivel subjetivo se ha establecido una relación de asociación entre ambos eventos que podría no ser tal, incluso en casos donde estuvieron separados por meses o hasta años. Resulta interesante comentar que los reportes de casos acerca de problemas de salud mental seguidos a la toma de psicodélicos son comparables a aquellos vinculados a meditación intensa, la visita a sitios sagrados, o la contemplación de arte o entornos naturales sublimes (Krebs et al., 2013) Investigaciones recientes observaron que los trastornos prolongados de salud mental luego de la exposición a psicodélicos son extremadamente raras (menos de 0.1%), incluso en poblaciones vulnerables (menos de 0.2%), y aún menos frecuentes si se evalúan correctamente los antecedentes personales (Carhart Harris et al. 2016).

Diversos estudios profundizaron en los efectos del consumo frecuente y el impacto de estas sustancias a nivel poblacional. Varios de ellos tomaron como fuente de información los resultados de la Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas y Salud (NDSUH, por sus siglas en inglés), que es llevada a cabo todos los años en Estados Unidos a nivel federal y con financiamiento estatal. Cada uno de estos estudios comprende muestras de 150 mil personas aproximadamente, abarcando distintos períodos. En general, los investigadores observaron evidencias de que el uso de psicodélicos -pero no de otras sustancias- durante toda la vida se asocia con una probabilidad disminuida de problemas de salud mental (Krebs et al. 2013). Otros estudios, que abarcan períodos más prolongados de la misma encuesta y por tanto una muestra más extensa, halla-

ron que el haber utilizado alguna vez un psicodélico clásico se asociaba con menores chances de experimentar malestar psicológico severo e ideación o intentos suicidas (Hendricks et al. 2015). Incluso, en distintos trabajos se observó que dosis únicas de psilocibina produjeron, en voluntarios sanos, cambios positivos y abruptos en la personalidad, percibidos como tales por los propios participantes, que luego se sostuvieron en el tiempo (Carhart-Harris et al. 2016, MacLean et al. 2011).

Existe la percepción general de que resultan drogas peligrosas a nivel orgánico, pero son, sin embargo, de las más seguras entre las que actúan a nivel del sistema nervioso central. No provocan adicción, y no se reportan muertes producto de la ingestión de LSD, psilocibina o mescalina. Los psicodélicos clásicos aumentan levemente la presión arterial y el ritmo cardíaco en forma transitoria, por lo que se desaconseja su consumo en personas con enfermedad cardíaca severa. Menos riesgosos y bastante infrecuentes resultan los vómitos y las cefaleas dosis-dependientes (Johnson et al. 2019).

Es importante volver a señalar que el uso de psicodélicos no está exento de riesgos. Resulta obvia la importancia de indagar meticulosamente acerca de antecedentes y vulnerabilidades para prevenir efectos adversos. Pero no deja de resultar llamativo que, siendo la probabilidad de complicaciones significativamente baja (sobre todo en las condiciones adecuadas) y estando su uso prolongado asociado, incluso, con efectos positivos, sean consideradas tanto en el imaginario popular como en términos de su status legal como sustancias seriamente peligrosas.

¿Que aplicaciones se estudiaban cuando nació el interés en los psicodélicos? ¿De dónde surgen visiones tan contrapuestas en cuanto a sus efectos? E igual de importante: ¿cuales son, en el presente, las técnicas de abordaje? Pues bien, a fina-

les de los años 50, cuando proliferaba la investigación sobre estas sustancias, surgió en la literatura científica un modelo de abordaje conocido como “terapia psicodélica”. En oposición a la “terapia psicolítica”, que utilizaba dosis pequeñas de psicodélicos clásicos, propuso la administración de una dosis elevada para ocasionar lo que llamaron “experiencia mística”, o de “disolución del ego” -que abordaremos luego- y estudiar los cambios posteriores. Este enfoque incluye, a su vez, sesiones de preparación previas con los terapeutas, buscando generar un vínculo de confianza y anticipando las características y posibles efectos de la experiencia. La sesión se lleva a cabo en un espacio confortable, con cobertores de ojos para bloquear los estímulos visuales y música cuidadosamente seleccionada. Luego, en encuentros posteriores, se discute y trabaja acerca de lo sucedido y se realiza un seguimiento clínico (Johnson et al. 2019). En el contexto del resurgir de las investigaciones en el campo, en los últimos años se han realizado diversos ensayos clínicos que toman como base este modelo para evaluar su utilidad en el tratamiento de diversos padecimientos mentales.

Una de las principales aplicaciones en estudio se centra en personas que sufren cuadros depresivos y trastornos de ansiedad asociados a enfermedades terminales. Uno de los más extensos, realizado en 2016 por investigadores de la Universidad John Hopkins, incluyó a 51 pacientes con cáncer con riesgo alto de muerte que cumplían criterios DSM-IV para patologías de este tipo relacionadas a su diagnóstico (Griffiths et al., 2016). Compararon los efectos del uso de una dosis baja y una dosis alta de psilocibina, a partir de evaluaciones hechas por pacientes, profesionales y personas del entorno. Lo que hallaron es que la dosis más alta producía marcadas mejoras tanto en la sintomatología depresiva como ansiosa. En un seguimiento a 6 meses, constataron que estas mejorías se mantuvieron en el 80% de los pacientes y hasta un 60% de ellos mostraron criterios de remisión según la puntuación de escalas validadas (como las Hamilton y Beck para depresión o las Ha-

milton y State-Trait Anxiety Inventory para ansiedad). Otros estudios similares arribaron a resultados coherentes con estas conclusiones. En algunos casos, el grupo control recibió placebo y en otros se compararon dosis altas y bajas de LSD. Los investigadores concluyeron que la variable asociada con la producción del efecto terapéutico fue la propiedad de producir, en dosis suficiente, experiencias de tipo místico o de disolución del yo. Ninguno de los estudios nombrados causaron efectos adversos en los participantes (Johnson et al. 2019). También han surgido, en años recientes, resultados prometedores sobre el uso del MDMA (una sustancia menos psicodélica y más “empatógena”, es decir, que propicia la empatía y el lazo social afectuoso) en el tratamiento del estrés postraumático (Sessa et al. 2015; Sessa et al. 2019).

Otro de los cuadros clínicos en los que se indagó acerca de la potencial utilidad de la terapia con psicodélicos es la depresión resistente al tratamiento. Numerosos ensayos mostraron evidencia de mejorías muy notorias en personas tratadas con psilocibina y ayahuasca (Carhart-Harris et al. 2016, 2018; Palhano Fontes et al., 2019). Al igual que lo observado respecto de los cuadros asociados a enfermedades terminales, en todas estas investigaciones también se constató que los efectos positivos más marcados eran producidos por dosis altas, y coincidían con la experiencia de disolución del yo. Nuevamente, tampoco se registraron efectos adversos de importancia.

Hace algunos años se publicó un metaanálisis que sintetiza la información de una multitud de ensayos clínicos previos -agrupando a más de 500 pacientes- respecto de la eficacia del tratamiento del alcoholismo a través de terapias con LSD. Los resultados mostraron que una única dosis elevada aumentaba drásticamente las posibilidades de lograr la abstinencia. Algunos de los autores comentaron que “era bastante común que los pacientes afirmaran haber experimentado insights significativos acerca de sus problemas, que sintieran que la experien-

cia los había dotado de una nueva libertad de movimiento y mostraran una fuerte resolución para interrumpir el consumo” (Krebs et al, 2012). También, dentro del campo de las adicciones, en investigaciones sobre tabaquismo se vio que el 80% de los pacientes tratados con psilocibina en dosis altas lograban mantenerse abstinentes a los 6 meses de realizada la intervención, y hasta un 60% no había vuelto a fumar dos años y medio después. Muy por encima del 35% que lo consigue luego de 6 meses de realizar los tratamientos tradicionales y validados actualmente, tanto psicoterapéuticos como farmacológicos (Johnson et al. 2014). Otros tantos trabajos de los últimos años muestran resultados similares. Resulta repetitivo ubicar que en esta línea de investigación tampoco se produjeron efectos negativos relevantes, siendo los tratamientos bien tolerados. Aquí, también, quienes vivenciaron experiencias místicas o de disolución del yo más intensas tuvieron más posibilidades de alcanzar sus objetivos respecto de dejar de fumar.

¿A qué llamamos experiencia mística? Es aquella caracterizada, principalmente, por un sentimiento de unión de todas las cosas y personas, de interconexión, de volverse uno con todo lo que existe, acompañado por un sentido de reverencia y de verdad revelada. Es un estado que ha sido discutido desde la filosofía, la teología y la psicología, y que forma parte de un fondo discursivo común de muchas religiones. Descripciones del mismo de milenios de antigüedad aparecen en los Upanishad (libros sagrados hinduistas) y en la filosofía griega (Johnson et al. 2019). En el Malestar en la Cultura, Freud (1930) comenta un intercambio epistolar con el escritor Romain Rolland, quien proponía la existencia de “un sentimiento que le agradaría designar «sensación de eternidad»; un sentimiento como de algo sin límites ni barreras, en cierto modo «oceánico»”. Rolland postulaba este sentimiento como la fuente de la religiosidad: “se trataría de una experiencia esencialmente subjetiva, no de un artículo del credo; tampoco implicaría seguridad alguna de inmortalidad personal; pero, no obstante,

ésta sería la fuente de la energía religiosa, que, captada por las diversas Iglesias y sistemas religiosos, es encauzada hacia determinados canales y seguramente también consumida en ellos.” (Freud 1930) Si bien Freud afirma no haberlo experimentado, no lo reconoce como algo inexistente sino que se propone analizarlo en los términos de su teoría.

“El sentimiento yoico está sujeto a trastornos, y los límites del yo con el mundo exterior no son inmutables.(...) Este sentido yoico del adulto no puede haber sido el mismo desde el principio, sino que debe haber sufrido una evolución (...) El lactante aún no discierne su yo de un mundo exterior, como fuente de las sensaciones que le llegan. Gradualmente lo aprende por influencia de diversos estímulos. (...) De esta manera, pues, el yo se desliga del mundo exterior, aunque más correcto sería decir: originalmente el yo lo incluye todo; luego, desprende de sí un mundo exterior. Nuestro actual sentido yoico no es, por consiguiente, más que el residuo atrofiado de un sentimiento más amplio, aún de envergadura universal, que correspondía a una comunión más íntima entre el yo y el mundo circundante. Si cabe aceptar que este sentido yoico primario subsiste -en mayor o menor grado- en la vida anímica de muchos seres humanos, debe considerársele como una especie de contraposición del sentimiento yoico del adulto, cuyos límites son más precisos y restringidos. De esta suerte, los contenidos ideativos que le corresponden serían precisamente los de infinitud y de comunión con el Todo, los mismos que mi amigo emplea para ejemplificar el sentimiento «oceánico»” (Freud, 1930)

Experiencias de conversión, religiosas, cumbre, trascendentes, o epifanías han sido otras formas de nombrar a las vivencias de este tipo. En tiempos recientes comenzó a utilizarse el término que hemos traducido aquí como cambio cuántico o de estado (quantum change, en inglés), que se solapa en parte con el de experiencia mística, pero que implica además los efectos persistentes de ella. El concepto abarca también el carácter súbito de los mismos, en donde la profunda signifi-

cación que la acompaña implica una transformación personal que abarca emociones, cogniciones y comportamientos. Y es en lo inmediato, sustancial y sostenido de los cambios donde reside una de las razones que hacen relevante su estudio (Johnson et al. 2019).

En años recientes se desarrolló y validó un cuestionario psicométrico que evalúa la aparición y la intensidad de las experiencias místicas. Considera los aspectos descritos por el filósofo Walter Terance Stace en 1960 como nucleares y distintivos de las mismas:

Factor 1: lo místico

Unicidad interna: la experiencia de existencia y conciencia puras, más allá del mundo de las impresiones sensoriales.

Unicidad externa: la experiencia de ser uno con los objetos o las personas.

Cualidad noética: la certeza del encuentro con una realidad fundamental, en el sentido de poder “saber” y “ver” lo que es en verdad real. Implica el hecho de dotar de significación a la experiencia.

Santidad: el sentimiento de espiritualidad evocado.

Factor 2: humor positivo

Alegría, asombro, tranquilidad, paz.

Factor 3: trascendencia del tiempo y el espacio

Pérdida del sentido habitual del tiempo y el espacio.

Factor 4: inefabilidad

El sentimiento de que la experiencia no puede describirse adecuadamente con palabras.

Como decíamos al principio, existen muchas otras sustancias que modifican el estado de nuestra consciencia. Es por

eso que, en los últimos años, se realizaron ensayos que compararon la psilocibina con sustancias como el metilfenidato o el dextrometorfano. Ambas sustancias producen marcados efectos subjetivos con varias similitudes con la psilocibina. En todos ellos se constató que únicamente quienes habían recibido psilocibina presentaron experiencias místicas (y la mayoría de ellos lo hizo), acompañadas de cambios positivos y sostenidos en el tiempo (consignadas tanto por los propios participantes como por su entorno) respecto de actitudes sobre la vida y sobre sí mismos, su estado de ánimo, sus comportamientos y formas de vincularse. Tiempo después de realizados los ensayos, los investigadores constataron que la inmensa mayoría de los sujetos a quienes se había administrado psilocibina ubicaban la experiencia como una de las cinco más significativas de su vida, y atribuían dichos cambios a la misma (Griffiths et al. 2006, 2008, 2011).

¿Cómo comienzan a explicarse, desde un plano científico, estas experiencias?

El cerebro humano está organizado en forma jerárquica en distintos niveles por sistemas complejos e interpuestos. Ciertas regiones neuronales que se ocupan de funciones individuales están separadas de otras que sirven a funciones distintas. Las diferentes áreas, a su vez, se integran (estableciendo conexiones y comunicaciones entre ellas con patrones bastante fijos) para modular procesos más complejos. Se constituye así una organización en redes estables.

Esto es necesario, por ejemplo, para soportar el proceso de la conciencia. Se ha visto que existen, de hecho, redes como la de “modo por defecto” o DMN (por sus siglas en inglés) que se activan marcadamente en procesos relacionados a la evocación autobiográfica, la autorreferencia, el registro de las propias emociones, la teoría de la mente, el recuerdo del

pasado y las imaginaciones acerca del futuro. Todos ellos implican funciones metacognitivas, es decir, la capacidad de la mente de verse reflejada en sus propios contenidos. A la inversa, estas redes disminuyen su actividad en la medida que la atención se dirige al mundo exterior o la realización de una tarea concreta. Sin embargo, y aún presentando estas variaciones según la atención se oriente hacia el “mundo interno” o el “mundo externo”, las distintas estaciones que componen la DMN son siempre las más activas, participando de otras redes abocadas a otros procesos. Compone, así, una suerte de “directora de orquesta” de la actividad global (Carhart-Harris et al. 2014). Los patrones distintivos de estas conexiones son las que presentan mayor variabilidad interindividual y por tanto más contribuyen a identificar a cada persona, pudiendo constituir entonces una “identidad neuronal”. En los últimos años se ha estudiado el efecto de los psicodélicos clásicos sobre el funcionamiento de las redes cerebrales, observándose que el mayor impacto se da a nivel de aquellas que participan en los procesos arriba mencionados, relacionados con la percepción de “sí mismo”.

La capacidad del cerebro para organizarse jerárquicamente en sistemas coherentes entre sí, ubicados justo entre el orden y el desorden, en un punto “subcrítico”, busca ser explicado desde el modelo del Cerebro Entrópico (Carhart-Harris et al. 2014). La entropía es una cantidad sin dimensiones, una medida que se usa para explicar el nivel de incertidumbre acerca del estado de un sistema, marcado por su cantidad de “desorden”. Según este modelo, la mente evoluciona para procesar el ambiente de la manera más precisa posible, reduciendo al mínimo el grado de “sorpresa” o aleatoriedad en sus representaciones del mundo. Los autores proponen dos estados: de conciencia primaria y secundaria. Partiendo de los postulados metapsicológicos de Freud, el modo de funcionamiento psíquico de los “adultos sanos” es esencialmente distinto al de la infancia, y estados como el sueño o la psicosis tipifican

una regresión a aquella modalidad anterior. Es a partir de una concepción mecanística de la constitución progresiva del ego o el yo en términos freudianos -es decir, no como un mero sentimiento sino como un sistema fundamental que funciona en competencia y cooperación con otros procesos que contienen el material psíquico para determinar la cualidad de la conciencia- que se producirá este desarrollo desde estadios más primitivos.

En términos de su entropía, esto implica la minimización del azar y el desorden de los estados de conciencia primarios, propios de aquellas instancias primigenias, en pos de la organización de estados de conciencia secundarios característicos de la conciencia despierta normal, donde la cognición es menos caótica, más meticulosa y, en cierta manera, restringida. La disminución o supresión de la entropía facilitaría la formación del criterio de realidad, la anticipación, el razonamiento y, a la vez, acotaría el campo de la conciencia. Si analizamos esto en función del desarrollo del aparato psíquico y la constitución del yo a partir de estados primitivos, se ve incluso que también los patrones de conectividad de la DMN aumentan su organización y estabilidad (y disminuyen su “desorden”) en el desarrollo desde la niñez a la adultez.

Los autores proponen que el modelo entrópico del cerebro propicia una síntesis entre algunos aspectos del modelo metapsicológico freudiano y las neurociencias cognitivas, en la medida en que la regresión a estados de conciencia primarios (como el sueño o la psicosis) implica efectivamente el desarmado de sistemas organizados a través del tiempo (que dan sustento a la conciencia secundaria) a instancias de un resurgimiento de modalidades de funcionamiento anteriores, en términos de un mayor desorden e imprevisibilidad.

Según se ha constatado en Resonancias Magnéticas Funcionales, el efecto agudo y específico de los psicodélicos impli-

ca un marcado aumento de la entropía, con un colapso de la actividad superior organizada de la DMN y un aumento de la conectividad e integración cerebral a nivel global, que no debe ser entendida en términos de “caos” sino como un estado de reconfiguración del modo de funcionamiento del cerebro, que vehiculiza la formación de nuevas conexiones incluso entre áreas que normalmente no se comunican. Implica la caída de la jerarquía estructural cerebral, tal que el límite entre sistemas de alto nivel asociativo y sistemas sensoriales se torna borroso. (Tagliazzuchi et al. 2016)

Este fenómeno resulta directamente proporcional, a nivel subjetivo, a la intensidad de la experiencia de disolución del yo. Esto permite inferir que el estado de conciencia signado por una percepción normal del yo, de los elementos de la propia individualidad y su separación del mundo externo, implica una estabilidad bastante sostenida de la DMN, lo que tiene al menos dos implicancias fundamentales. Por un lado, aborda la pregunta acerca del asiento de la conciencia, surgiendo como una vía de acceso al estudio de cómo la mente emerge de la actividad cerebral, en la medida en que nos permite descomponer algunos de sus elementos constitutivos para acercarnos a un mayor entendimiento de cómo se produce el fenómeno global (Levedeb et al. 2015; Tagliazzuchi et al. 2016). Por el otro, es interesante considerar que en los cuadros clínicos en los que se ha probado su utilidad (principalmente depresión, ansiedad y adicciones) el funcionamiento de la DMN -con sus patrones estables y sostenidos- está aumentado, y que sus efectos terapéuticos fueron directamente proporcionales a la experiencia de disolución del yo y por tanto a la relativa desactivación y desorganización de la DMN, con expansión de nuevas conexiones y modalidades. Esto abre entonces la pregunta acerca de los mecanismos subjetivos que puedan ponerse en marcha para tal mejoría, en la medida en que un reclamo común a aquellos escenarios problemáticos implica repeticiones cristalizadas, enquistadas, que moldean el yo y lo vuelven

rígido, imposibilitado en la reiteración de representaciones o conductas inconmovibles; y que en forma aguda, en el estado psicodélico adquieren flexibilidad, elasticidad y dinamismo, pudiendo dar paso a nuevas y fluidas construcciones. (Carrhart-Harris et al. 2018)

Llegado este punto, no podemos esquivar el hecho de que una limitante en prácticamente todos los ensayos publicados tiene que ver con el tamaño reducido de las muestras en estudio. Pero sus positivas conclusiones, la consistencia entre todos ellos y su seguridad en cuanto a la aparición de efectos desfavorables (sobre todo si consideramos las nociones epidemiológicas que ya hemos mencionado) resultan elocuentes. Es imperativo, además, detenernos en el hecho de que las potenciales aplicaciones terapéuticas en estudio se vinculan a cuadros clínicos que producen tanto profundos padecimientos a nivel subjetivo como daños a nivel poblacional. La necesidad de la salud pública de disponer de nuevas opciones terapéuticas para cubrir las demandas de aquellos en quienes se muestran inefectivas las actualmente vigentes, que presentan efectos adversos que no pueden ser tolerados, o que no pueden afrontar los costos, es vasta. No podemos obviar que, en todos los casos, el modelo de abordaje propuesto implicó un número reducido o hasta una única dosis, lógica muy diferente de la que tiene cualquier tratamiento psicofarmacológico actual en la que se requiere una toma constante de una o varias medicaciones por tiempos prolongados o hasta en forma crónica.

La realización de estudios de mayor calibre requiere más financiamiento. Estos permitirían ampliar y brindar más solidez a la evidencia tanto acerca de los posibles efectos terapéuticos de estas sustancias como de la seguridad de su uso, caracterizando de manera más precisa las reacciones adversas, su frecuencia y vulnerabilidades frente a las mismas, y por tanto los riesgos que implican. Resultará importante la continuidad y expansión de iniciativas como la de la Universidad John

Hopkins y el Colegio Imperial de Londres, que inauguraron este año los primeros centros para la investigación con psicodélicos del mundo, con millonarios aportes de privados y fundaciones (New York Times, 2019). El carácter filantrópico de este financiamiento implica, sin embargo, serias limitaciones.

Esto lo podemos analizar desde tres perspectivas. Las farmacéuticas van a participar en desarrollar compuestos psicodélicos para uso médico en la medida que sus inversiones sean recuperadas mediante el mercado del producto. Para evitar la competencia de compuestos genéricos, una droga necesita proteger su patentación. Al momento, miles de análogos y otras moléculas psicodélicas ya fueron sintetizadas, por lo que las nuevas moléculas que se sinteticen tendrán que ser lo suficientemente diferentes en su estructura química para evitar ser cubiertas por la patente general de las fórmulas existentes. Según esta lógica comercial, para los laboratorios más grandes, debido a que los riesgos económicos son significativos en relación al potencial beneficio, no hay gran incentivo en apoyar estas líneas de investigación. Cabe preguntarse aquí, nuevamente, qué influencia tiene en este punto el hecho de proponerse abordajes con una o muy pocas dosis, en lugar de tratamientos prolongados. En oposición, pequeñas entidades como las que nombramos antes, en su mayoría académicas, no cuentan con los recursos necesarios para llevar a cabo estudios a gran escala. Como vimos, en las últimas dos décadas se vio un lento incremento de investigaciones que sugieren nuevamente el potencial de estas drogas para varios tratamientos, pero estos estudios son pequeños, considerados Fase 1 o 2 para la FDA.

Si recuerdan lo que mencionamos previamente sobre las limitaciones impuestas en 1971, donde el LSD y otros psicodélicos fueron posicionados junto a la heroína en la Clase I, vamos a comentarles el ejemplo de la ketamina, un psicodélico atípico que fue recientemente aprobado para el tratamiento

de la conducta suicida y la depresión resistente. Esta droga se ubica en la Clase III, una categoría que reconoce a priori los posibles usos terapéuticos y su seguridad. Por ende presenta restricciones mucho menos rígidas para su investigación.

El estatus legal de los psicodélicos le da forma, en gran medida, a una concepción cultural que también implica limitaciones a su conocimiento. Existe un estigma en torno al efecto y los peligros de estas sustancias, amplificado por décadas de cobertura mediática que muestra realidades distorsionadas. Como ejemplo, a lo largo de una década, se publicaron en la prensa escocesa 1 de 265 muertes por paracetamol y 10 de 481 asociadas a diazepam -por citar casos de medicamentos legales-, mientras que el total de los 25 fallecimientos en ese lapso relacionados con el uso de éxtasis recibió cobertura mediática (Forsyth et al. 2001). Inferimos que, influenciados por esto, pocos son los profesionales y potenciales participantes o pacientes dispuestos a formar parte de estas investigaciones.

Para avanzar en la discusión, es necesaria la producción de contenido científico certero que contribuya a un balance entre percepciones, conocimientos y conclusiones. Creemos que el estado de situación deberá marcar, en el futuro, una diversificación de este financiamiento que incluya también el apoyo de políticas estatales.

Lo que buscamos - y esa es la apuesta del análisis- es ver en qué medida se puede admitir que el poder informante de la sociedad, que termina tomando forma de orden natural -entendiendo este como los efectos de determinado orden legal- , funciona para justificar una práctica laxista tanto como una prohibicionista. Con orden legal nos referimos a algo que se naturaliza y termina tomando la forma de la ley; en el espacio que esta define, entonces, el poder público puede ser coercitivo con toda legitimidad. Nos proponemos no dejarnos engañar entonces por el supuesto orden natural de las cosas y

aproximar a ustedes un acotado análisis situacional.

La droga es una palabra, un concepto, su definición integra un tejido de opiniones, convenciones, estatutos, que en nuestra sociedad lleva dentro de sí la prohibición. Este concepto se instituye a raíz de apreciaciones morales y políticas. La droga se interpreta por la mayoría de los actores sociales como un mal. No es simplemente nocividad, ya que esta puede encontrarse en una multiplicidad de sustancias; y no sólo sustancias: también situaciones, elecciones o experiencias de todo tipo. Como el alcohol no está teñido de un valor moral sustentado en leyes que hagan clandestino su uso, si una persona maneja bajo sus efectos es perseguida por ser un conductor peligroso, no por el acto del consumo en sí mismo. Lo mismo podemos decir de otras actividades que impliquen riesgos para la integridad.

Claro que esta prohibición puede tomar las formas de una prevención, el buen sentido, el cuidado y en última instancia, con una visión ciertamente dramática, el evitar la ruptura del lazo con el otro. ¿Por qué decimos esto? Pues bien, la palabra adicción significa “entregado a”. En la Roma Antigua se podía llegar a una esclavitud temporal a causa de deudas y se llamaba *addictus* a este tipo de esclavos. *“No se puede decir que el goce toxicomaniaco sea prohibido en cuanto tal. Se prohíbe un goce que a la vez es solitario, desocializante y, por lo tanto, contaminante para el socius. Esta hipótesis es excluida a priori: el consumidor es un comprador, participa entonces en el tráfico, en el mercado y por eso mismo en el discurso público”* (Derrida 1989). Se da por sentado que son las drogas ilegales aquellas a las que se les atribuye este carácter. Es raro que la gente nombre al tabaco o el alcohol en términos de “droga”. Su definición, entonces, parte de una historia, una cultura, unas normas, un entrecruzamiento de discursos y es desde allí que se establece lo que es aceptado y lo que no. Por ende, es un concepto no científico, que parte de nociones morales o políticas.

No se trata aquí de profundizar en una pugna entre paradigmas contrapuestos. Lo que queremos mostrar es que, dado un paradigma prohibicionista, se plantea una situación en la cual un grupo de sustancias particular, con potencial terapéutico y que no produce daños importantes demostrados sea visualizado de una manera diametralmente opuesta.

En los últimos años, el psiquiatra y neuropsicofarmacólogo inglés David Nutt -que cumplió funciones como presidente del Consejo Asesor sobre el Uso Indebido de Drogas (ACMD) del Ministerio de Salud británico- publicó dos investigaciones en la prestigiosa revista *Lancet* en las que desarrolló una clasificación basada en evidencia de las distintas sustancias consideradas de abuso. Se basó en un análisis multifactorial del daño, dividiéndolo en daño a uno mismo o a terceros; el primero se subdivide en categorías como mortalidad, riesgo de dependencia o daño a largo plazo, tanto físico como mental; el segundo implica daños económicos, ambientales, vinculares, familiares y comunitarios, y aspectos como la delincuencia. Ubicaron que habría tres grandes categorías de drogas según su daño global, estando el alcohol en la de mayor peligrosidad, el tabaco en la segunda y el cannabis y otras sustancias ilegales, en la última. Los psicodélicos, en particular, ocupan el fondo del ranking, estando muy lejos en sus riesgos del resto. (Nutt et al., 2007; Nutt et al., 2010). Investigadores holandeses aplicaron el mismo modelo que Nutt y arribaron a las mismas conclusiones. (Van Amsterdam et al., 2010). Apoyan sus evidencias, a su vez, diversos estudios que analizaron la toxicidad aguda de las mismas drogas (Gable et al., 2004; King et al., 2010).

Escala de daños de las drogas elaborado por Nutt. Copyright 2017 por El Gato y la Caja

En 2009, Nutt publicó un artículo en el que, con datos

estadísticos, mostró evidencia de que la equitación implicaba incluso más riesgos a quienes la practicaban y costos a la sociedad y el sistema de salud que el consumo de éxtasis. Sus posturas disruptivas le valieron la rivalidad con distintos sectores de la política, pero es desde su autoridad como investigador que continúa exponiendo la necesidad de ajustar la legislación sobre drogas al conocimiento científico que se tiene sobre ellas.

Para continuar y acercarnos así a una conclusión, procuremos cesar de pensar estas cuestiones desde ambos lados de un pretendido límite, y pensarlo en cuanto tal. Sugerir así, que los problemas biotecnológicos surgen de las múltiples posibilidades “artificiales” para tratar la vida - como si ésta nunca hubiese tenido un curso natural- es igual de problemático que pretender que el límite entre lo natural y lo no natural pueda ser objetivado. Así, pensar el límite en cuanto tal quiere decir acercarnos a su formación o simulación, ya que este límite no existe ni tiene esencia alguna. Comenzamos, así, a aproximarnos a lo que consideramos el acontecimiento psicodélico, para lo cual vamos a tomar a Deleuze, en *Dos Regímenes de Locos* (2008). Pregunta: ¿hay una causalidad específica de la droga? Y ¿dónde puede encontrarse? Y se responde “Lo que me parece importante de la idea de causalidad específica es que es neutral, vale tanto para el uso de las drogas como para su terapéutica”.

¿Qué es una causalidad? ¿Por qué habla de una causalidad neutra? La causalidad es una causa-efecto y la relación entre estos dos términos, la cual es, ciertamente, bidireccional. Un acontecimiento es causa de un efecto si el efecto depende de la causa. Es decir, la causa es lo que hace que el efecto sea lo que es. A su vez, un efecto puede responder a una variedad de causas. Podríamos decir que un acontecimiento es siempre un efecto, ¿lo es? ¿Qué es un acontecimiento? ¿Cuál es el acontecimiento de la droga?

En *Theatrum Philosophicum* (1970), Foucault nos invita a pensar el acontecimiento puro para lo que es necesario, en primer lugar, dotarlo de su metafísica. Siendo la física lo que concierne a las causas, es la metafísica lo que concierne a los efectos. En el caso de la droga, los azares de su descubrimiento, sus mecanismos de acción, sus particularidades, son pertinentes a la física. Sus efectos en términos de acontecimiento, no se refieren a sus efectos corporales (subjetivos u objetivos) sino a la alteración azarosa, singular y continua que modifica el sentido de lo histórico, lo social, lo político, lo cultural. Para pensar dicho acontecimiento, es decir, los efectos de esta causa física, hay que proveerle de su metafísica, aquello que no puede fundamentar todos sus accidentes, lo impalpable, lo incorporeal. ¿Por qué hay que proveerle de su metafísica? Porque no puede encerrarse al acontecimiento en un tiempo histórico determinado, no se lo puede comprobar científicamente, y no se le puede encontrar un sentido. ¿Podría decirse que todo acontecimiento es, entonces, inteorizable? ¿Encerrado, sujetado a diferentes circunstancias que evitan su teorización como tal? Hay un agujero en el saber de un acontecimiento, y por el único lugar que podemos abarcarlo, son sus márgenes.

Foucault afirma que el sentido común es un obstáculo para dotar al acontecimiento de su metafísica, y por lo tanto poder pensarlo como puro. El sentido común reconoce lo idéntico en la diferencia, establece la universalidad del sujeto que conoce. Pauta las equivalencias, apunta las desviaciones, ordena las semejanzas y, desde allí, establece categorías. Estas señalan y esquematizan, de antemano, las diferentes maneras en que algo puede ser y sostienen, al fin y al cabo, el pensamiento de lo igual.

Liberarse del sentido común implica eliminar la generalidad del objeto por conocer y la universalidad del sujeto que conoce, haciendo que la diferencia no invite a la categorización y la generalidad, sino a ser diferencia pura, acontecimien-

to puro: “pensar el pensamiento como irregularidad intensiva. Disolución del yo” (Foucault, 1970)

¿Cual es el acontecimiento psicodélico? Debe ser aquel que desarme el sentido común. Aquel sentido común del padecimiento mental, yerto, que coagula al sujeto en la certeza de la melancolía o la espiral del consumo, sumido en la no diferencia, y a su biología en estructuras rígidas. Aquel sentido común del conocimiento de la mente, en lugar del cual puedan surgir nuevos movimientos que hagan fluir el intercambio entre modelos hasta hace poco excluyentes. Aquel sentido común cultural y político, que anclado por la desinformación, condena.

“Con facilidad vemos como el L.S.D. invierte las relaciones del mal humor, la estupidez y el pensamiento: todavía no ha puesto fuera de circulación la soberanía de las categorías cuando ya arranca el fondo a su indiferencia y reduce a nada la triste mímica de la estupidez; y a toda esta masa unívoca y acategórica la presenta no sólo como abigarrada, móvil, asimétrica, descentrada, espiraloide, resonante, sino que la hace hormigear a cada instante con acontecimientos— fantasmas; deslizándose sobre esta superficie puntual e inmensamente vibratoria, el pensamiento, libre de su crisálida catatónica, contempla desde siempre la indefinida equivalencia convertida en acontecimiento agudo y repetición suntuosamente engalanada.” (Foucault, 1970)

Residencia Salud Mental - Hospital T. Álvarez -2019

Referencias bibliográficas

Belouin, S. J., & Henningfield, J. E. (2018). Psychedelics: Where we are now, why we got here, what we must do. *Neuropharmacology*. doi:10.1016/j.neuropharm.2018.02.018

Carey, B. (2019). John Hopkins opens new Center for Psychedelic Research. *New York Times*. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2019/09/04/science/>

psychedelic-drugs-hopkins-depression.html

Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C. M. J., Erritzoe, D., Kaelen, M., ... Nutt, D. J. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 619–627. doi:10.1016/s2215-0366(16)30065-7

Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Hellyer, P. J., Shanahan, M., Feilding, A., Tagliazucchi, E., ... Nutt, D. (2014). The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 20. doi:10.3389/fnhum.2014.00020

Carhart-Harris, R. L., Muthukumaraswamy, S., Roseman, L., Kaelen, M., Droog, W., Murphy, K., ... Nutt, D. J. (2016). Neural correlates of the LSD experience revealed by multimodal neuroimaging. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(17), 4853–4858. doi:10.1073/pnas.1518377113

Deleuze, G. (2008). *Dos Regímenes de Locos*. Recuperado de: <http://www.medicinayarte.com/img/Deleuze-Dos-Regimenes-de-Locos-.pdf>

Derrida, J. (1990). *Retóricas de la droga*. Recuperado de https://redaprenderycambiar.com.ar/derrida/textos/droga_retoricas.htm

Donahue, H. (2016). A Former Nixon Aide Admitted the ‘War on Drugs’ Was Designed to Screw Over Blacks and Hippies. *Vice*. Recuperado de <https://www.vice.com/sv/article/xd7jkn/a-former-nixon-aide-admitted-the-war-on-drugs-was-designed-to-screw-over-blacks-and-hippies-vgtrn>

Forsyth, A. (2001). Distorted? a quantitative exploration of drug fatality reports in the popular press. *International Journal of Drug Policy*, 12(5), 435–453. doi:10.1016/s0955-3959(01)00092-5

Freud, S. (1930). *El Malestar en la cultura*. Recuperado de: <http://www.afoiceemartelo.com.br/posfsa/Autores/Freud,%20Sigmund/Freud,%20Sigmund%20-%20Malestar%20en%20la%20cultura,%20El.pdf>

Gable RS. (2004) Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction*; 99: 686–96.

González, P. et al. (2017). *Un libro sobre drogas*. Buenos Aires, Argentina: El Gato y la Caja

Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., ... Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1181–1197. doi:10.1177/0269881116675513

Heal, D. J., Henningfield, J., Frenguelli, B. G., Nutt, D. J., & Smith, S. L. (2018). Psychedelics – Re-Opening the Doors of Perception. *Neuropharmacology*. doi:10.1016/j.neuropharm.2018.08.024

Hoffmann, A. (1980) *My problem child*. Recuperado de <https://maps.org/images/pdf/books/lsdmyproblemchild.pdf>

Johansen, P.-Ø., & Krebs, T. S. (2015). Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: A population study. *Journal of Psychopharmacology*, 29(3), 270–279. doi:10.1177/0269881114568039

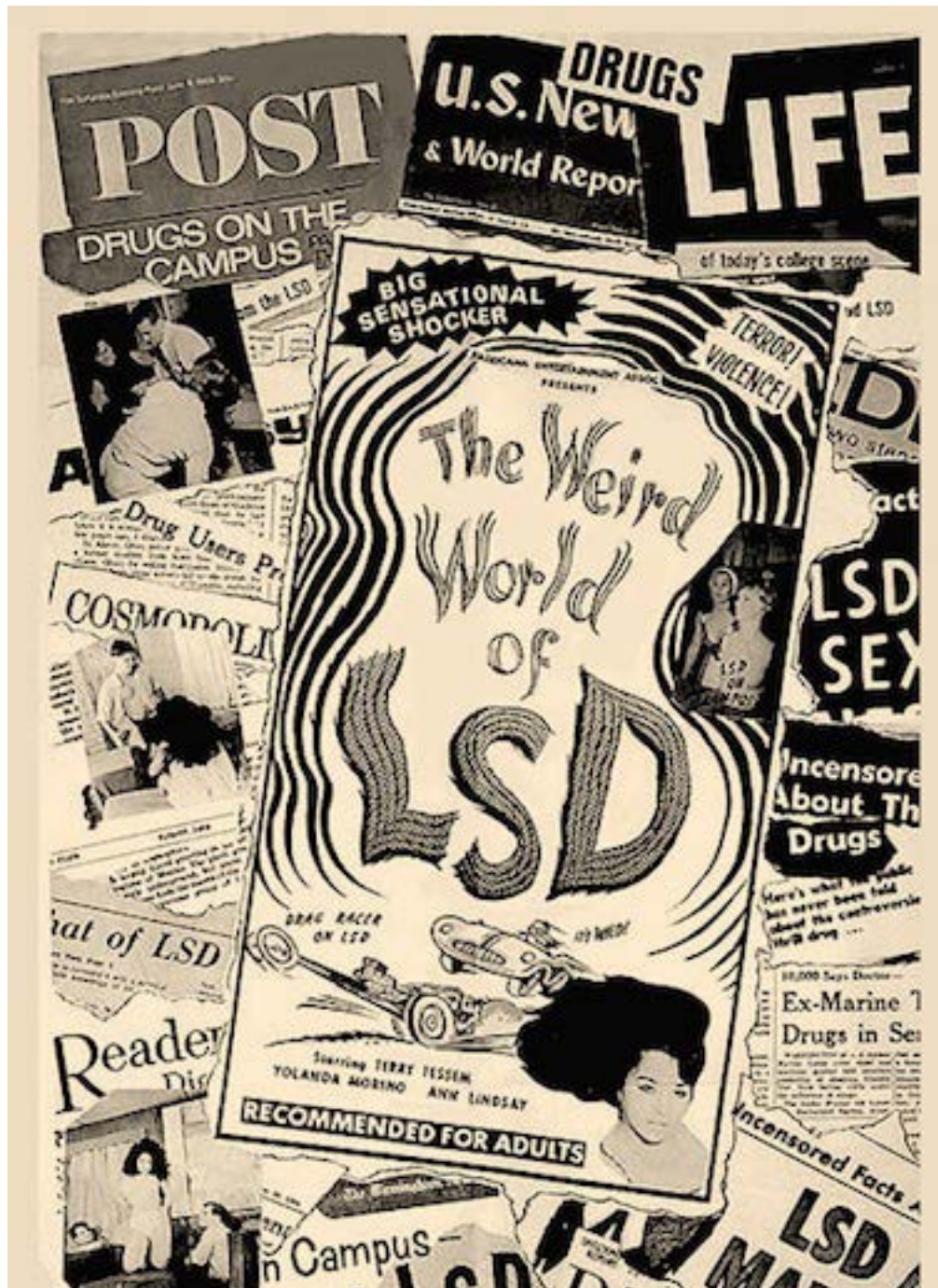
Johnson, M. W., Garcia-Romeu, A., & Griffiths, R. R. (2016). Long-term follow-up of psilocybin-facilitated smoking cessation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(1), 55–60. doi:10.3109/00952990.2016.1170135

Johnson, M. W., Garcia-Romeu, A., Cosimano, M. P., & Griffiths,

- R. R. (2014). Pilot study of the 5-HT_{2A}R agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *Journal of Psychopharmacology*, 28(11), 983–992. doi:10.1177/0269881114548296
- Johnson, M.W, Hendricks, P. S., Barrett, F. S. y Griffiths, R.R. (2019). Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. *Pharmacology & Therapeutics*, 197, 83–102
- King, L. A., & Corkery, J. M. (2010). An index of fatal toxicity for drugs of misuse. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 25(2), 162–166. doi:10.1002/hup.1090
- Krebs, T. S., & Johansen, P.-Ø. (2012). Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 26(7), 994–1002. doi:10.1177/0269881112439253
- Krebs, T. S., & Johansen, P.-Ø. (2013). Psychedelics and Mental Health: A Population Study. *PLoS ONE*, 8(8), e63972. doi:10.1371/journal.pone.0063972
- Lebedev, A.V., Lovden, M., Rosenthal, G., Feilding, A., Nutt, D.J., Carhart-Harris, L. (2015). Finding the Self by Losing the Self: Neural Correlates of Ego-Dissolution Under Psilocybin. *Human Brain Mapping*, 36(8):3137-53. doi: 10.1002/hbm.22833
- Lieberman, J. A., & Shalev, D. (2016). Back to the future: Research renewed on the clinical utility of psychedelic drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1198–1200.
- MacLean, K. A., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2011). Mystical experiences occasioned by the hallucinogen psilocybin lead to increases in the personality domain of openness. *Journal of Psychopharmacology*, 25(11), 1453–1461. doi:10.1177/0269881111420188
- Nichols, D.E. (2016). Psychedelics. *Pharmacological Reviews*, 68 (2) 264-355; DOI: <https://doi.org/10.1124/pr.115.011478>
- Nutt, D.J. (2009). Equasy – An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms. Psychopharmacology Unit, University of Bristol, Bristol, UK. *Journal of Psychopharmacology* 23(1) 3–5
- Nutt, D.J., King, L.A., Philips, L.D. (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Independent Scientific Committee on Drugs, Lancet; 376: 1558–65
- Nutt, D.J., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007) Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369: 1047–53
- Palhano-Fontes, F, Barreto, D., Onias, H., Andrade, K., Novaes, M., Pessoa, J., ... Araújo, D. (2019). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: A randomized placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 49(4), 655-663. doi:10.1017/S0033291718001356}
- Sessa, B., Higbed, L., & Nutt, D.J. (2019). A Review of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-Assisted Psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 10, 138. doi:10.3389/fpsy.2019.00138
- Sessa, B., Nutt D.J. (2015). Making a medicine out of MDMA. *Br J Psychiatry*. 206:4–6. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152751
- Tagliazucchi, E., Roseman, L., Kaelen, M., Orban, C., Muthukumaraswamy, S. D., Murphy, K., ... Carhart-Harris, R. (2016). Increased Global Functional Connectivity Correlates with LSD-Induced Ego Dissolution. *Current Biology*,

26(8), 1043–1050. doi:10.1016/j.cub.2016.02.010

Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & van den Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research*, 16(4), 202–207. doi:10.1159/000317249



Fármacos aprobados por la FDA para tratamientos en la especialidad Psiquiatría

Javier Fabrissin

Nota 1: puede haber un mismo fármaco con indicaciones (sutilmente) diferentes.)

Nota 2: hasta agosto del 2019.)

Comentario 1: en un solo año (1996) se aprobaron prácticamente la misma cantidad de productos que en toda la década del 2010.

Comentario 2: el último gran año de la “innovación” psicofarmacológica fue el 2002.

Comentario 3: desde el 2003 hasta la actualidad (16 años) se aprobaron 28 productos; desde el 2002 hasta 1996 (6 años), se aprobaron 45 productos.

2019: 2

-Spravato (esketamine) spray nasal. Tratamiento de la depresión resistente en adultos.

-Zulresso (brexanolone). Tratamiento de la depresión pos-parto.

2016: 1

-Nuplazid (pimavanserin). Tratamiento de las alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la Enfermedad de

Parkinson.

2015: 3

-Aristada (aripiprazole lauroxil) inyectable de liberación extendida. Tratamiento de la esquizofrenia.

-Rexulti (brexpiprazole). Tratamiento de la depresión y esquizofrenia.

-Vraylar (cariprazine). Tratamiento de la esquizofrenia y trastorno bipolar.

2014: 1

-Bunavail (buprenorphine and naloxone). Tratamiento de mantenimiento de la dependencia a opioides.

2013: 3

-Brintellix (vortioxetine). Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.

-Fetzima (levomilnacipran). Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.

-Zubsolv (buprenorphine and naloxone). Tratamiento de mantenimiento de la dependencia a opioides.

2012: 2

-Qsymia (phentermine + topiramate extended-release). Tratamiento del manejo del control de peso.

-Quillivant XR (methylphenidate hydrochloride). Tratamiento del Déficit de atención con hiperactividad.

2011: 2

-Intermezzo (zolpidem tartrate sublingual tablet). Tratamiento del insomnio.

-Viibryd (vilazodone hydrochloride). Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.

2010: 3

-Latuda (lurasidone). Tratamiento de la esquizofrenia.

-Oleptro (trazodone hydrochloride). Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.

-Vivitrol (naltrexone for extended-release injectable suspension). Prevención de la recaída en la dependencia a opioides.

2009: 4

-Edluar (zolpidem tartrate). Para el tratamiento del insomnio.

-Fanapt (iloperidone). Para el tratamiento de la esquizofrenia.

-Intuniv (guanfacine extended-release). Para el tratamiento del déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes.

-Saphris (asenapine). Tratamiento de la esquizofrenia y episodios maníacos o mixtos del Trastorno Bipolar I.

2008: 2

-Aplenzin (bupropion hydrobromide). Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.

-Stavzor (valproic acid delayed release). Tratamiento del trastorno bipolar, epilepsia y cefaleas migrañosas.

2007: 1

-Vyvanse (Lisdexamfetamine Dimesylate). Tratamiento del Déficit de atención con hiperactividad.

2006: 3

-Chantix (varenicline). Tratamiento de la adicción a la nicotina.

-Invega (paliperidone). Tratamiento de la esquizofrenia.

-Vivitrol (naltrexone for extended-release injectable suspension). Tratamiento de la dependencia alcohólica.

2004: 1

Cymbalta (duloxetine). Tratamiento del Trastorno De-

presivo Mayor.

2002: 8

- Abilify (aripiprazole). Tratamiento de la esquizofrenia.
- Geodon (ziprasidone mesylate). Control de la conducta agitada y de los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia.
- Lexapro (escitalopram oxalate). Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina útil para el tratamiento del trastorno depresivo mayor.
- Paxil CR (paroxetine hydrochloride). Tableta oral para el tratamiento de la depresión y del trastorno por pánico.
- Ritalin LA (methylphenidate HCl). Cápsulas orales para el tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Strattera (atomoxetine HCl). Tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad en niños, adolescents y adultos.
- Subutex/Suboxone (buprenorphine/naloxone). Tabletas orales para el tratamiento de la dependencia opiácea.
- Zoloft (sertraline HCl). Tabletas orales para el tratamiento del trastorno disfórico pre-menstrual.

2001: 6

- Adderall XR. [dextroanfetamina y anfetamina] Medicamento de una toma diaria para el tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Focalin (dexmethylphenidate HCl). Tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Metadate CD. Cápsulas orales para el tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Prozac Weekly (fluoxetine HCl). Tratamiento de la depresión.
- Remeron SolTab (mirtazapine). Tableta de disolución oral para el tratamiento de la depresión.
- Ziprasidone (ziprasidone hydrochloride). Cápsula oral para el tratamiento de la esquizofrenia.

2000: 1

-Concerta [metilfenidato] Tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad.

1999: 3

-Effexor (venlafaxin HCL). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

-Paxil CR (paroxetine hydrochloride). Tratamiento de la depresión.

-Sonata. [zalepolon] Tratamiento del insomnia.

1998: 6

-Celexa. [citalopram] Tratamiento de la depresión.

-Clomipramine hydrochloride. Equivalente genérico del anafranil.

-Cylert [pemolina]. Tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad.

-Marplan Tablets [isocarboxazida]. Tratamiento de la depresión.

-Naltrexone Hydrochloride Tablets. Genérico equivalente a Revia [naltrexona].

-Prochlorperazine. Equivalente genérico a la Compazine de SmithKline Beecham's.

1997: 8

-Effexor XR (venlafaxin HCl). Tratamiento de la depresión.

-Generic Transdermal Nicotine Patch. Equivalente genérico del Habitrol.

-LUVOX (fluvoxamine maleate). Tratamiento del Trastorno Obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes.

-Seroquel (R) (quetiapine fumarate) Tablets. Tratamiento de la esquizofrenia.

-Trazadone 150mg. Equivalente genérico del Desyrel 7.

-Zoloft (sertraline HCl). Tratamiento del trastorno por pánico.

-Zoloft (sertraline HCl). Tratamiento del trastorno por pánico en niños de 6-17 años.

-Zyban Sustained-Release Tablets [Bupropion]. Tratamiento para la cesación tabáquica.

1996: 13

-Adderall (mixed salts of a single-entity amphetamine). Tratamiento del Déficit de atención con hiperactividad.

-ARICEPT (donepezil hydrochloride). Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.

-Depakote (divalproex sodium). Tratamiento de las cefaleas migrañosas

-Lithobid (Lithium Carbonate). Tratamiento de la depresión maníaca [sic].

-NicoDerm CQ. Tratamiento para la cesación tabáquica.

-Nicorette (nicotine polacrilex). Ayuda para la cesación tabáquica.

-Nicotrol nasal spray. Tratamiento de la adicción a la nicotina.

-Nicotrol transdermal patch. Tratamiento para la cesación tabáquica.

-Paxil (paroxetine hydrochloride). Tratamiento del Trastorno por pánico.

-Redux (dexfenfluramine hydrochloride). Tratamiento de la obesidad.

-Remeron (Mirtazapine). Tratamiento de la depresión.

-Risperdal Oral Formulation [risperidona]. Tratamiento de la esquizofrenia.

-Zyprexa [ziprasidona]. Tratamiento de los síntomas de los trastornos psicóticos.

La voz de la psiquiatría en el mundo del COVID

Recorriendo papers

Javier Fabrissin

¿Qué tiene para decir la psiquiatría formal, la que sueña con ser parte de las primeras líneas de investigación médica en el contexto de la pandemia por COVID-19?

Tracemos una línea, o dos, para arrancar.

En el contexto en el que estamos inmersos, hablar se vuelve más necesario. Se habla sobre la experiencia personal, se trata de arrojar lazos, se procura tejer, individual o colectivamente, una trama, un marco en el que “lo que ocurre” sea aprehendido. Además de hablar, se hace, se intenta, se ensayan acciones de aproximación a los desafíos que supone el cambio brusco.

Ahora bien, ¿se puede sistematizar algo de todo esto? ¿Se puede, hasta acá, extraer conclusiones generalizables? ¿Transcurrió tiempo suficiente como para que todo esos dichos y todos esos hechos se puedan afianzar en, no diría una verdad, pero aunque sea algo así como una serie de sucedáneos de ésta (¿afirmaciones?, ¿conclusiones?)?

Las aguas están muy agitadas y las partículas en su interior todavía se mueven, muy pocas sedimentaron.

Decir algo puede ser precipitado, insustancial, soso, equivocado.

Hablar es ejercer también una responsabilidad.

Las verdades asintóticas en psiquiatría

¿Cómo esperar algo novedoso si, por ejemplo, el último número del American Journal of Psychiatry trae dos artículos que podrían haber sido publicado hace una década o tal vez hace medio siglo?

Un artículo se titula "*La relación crítica entre la depresión y la ansiedad*" (The Critical Relationship Between Anxiety and Depression) y afirma cosas como "Es importante recordar que estos trastornos son altamente comórbidos y que sus síntomas, frecuentemente, no se pueden diferenciar" o "es importante enfatizar que la presencia de síntomas comórbidos de ansiedad y depresión tiene importancia en relación con el tratamiento".

El otro artículo es uno de los editoriales. Su título queda mejor sin traducción: "*Is depression nature or nurture? Yes*" (sic, hay algo que gramaticalmente, incluso parece incorrecto). En éste se exalta, con llamativa obsecuencia, un estudio que se publica en ese número del AJPsy, escrito por Kendler y colegas, en el que demuestra cómo influyen los factores vinculados con la crianza infantil en el desarrollo de depresión. Si bien es un estudio con un n grande, metodológicamente diferente, etc., etc., ¿cuántas veces previamente lo supimos a eso? ¿Hay que volver a saberlo? ¿Hay que volver a confirmarlo? ¿Será muy difícil consolidar "lo que ya se sabe" y dejarlo en un libro escrito con tinta indeleble?

¿Cómo escribir un artículo sobre psiquiatría y COVID?

Al realizar una búsqueda por medline con diferentes variables que contengan algo relacionado a la psiquiatría o salud mental y COVID, se pueden ir viendo patrones.

Primer patrón (el más importante de todos y sin el cual se desmorona todo): asimilar el brote de COVID al brote de Gripe A de hace unos años. La mayoría de los artículos parten de esta referencia y la extrapolan al presente.

Ejemplo 1: “[...] **estudios realizados durante y después de epidemias tales como la del SARS** del 2003 y el Ébola en 2014, observaron que hubo un miedo generalizado que indujo conductas de sobre-reacción entre el público general. [...] Aunque hasta el momento los efectos sobre la salud mental del COVID-19 no fueron estudiados sistemáticamente, se espera que tenga efectos significativos basado en reacciones públicas recientes [...]. (Covid-10 Pandemic and impending global mental health implications. Shuja KA et al. Psychiatria Danubina, 2020; Vol. 32).

Ejemplo 2: “Los trabajadores de la salud en un hospital de Beijing que estaba en cuarentena, que trabajaron en lugares clínicos de alto riesgo o que tuvieron familiares o amigos infectados por **SARS**, tuvieron un índice sustancialmente mayor que aquellos sin esas experiencias de presentar síntomas de estrés post traumático. Los trabajadores de la salud que trabajaron en salas de atención a pacientes con **SARS** durante el brote también informaron depresión, ansiedad, miedo y frustración (Kaiser 2020, Yi et al. 2020, Wu 2009).

Segundo patrón: los países asiáticos tienen la posta.

Por haber padecido antes el brote de COVID y haber hecho algo al respecto, sus papers son los más citados, aun cuando muchos de esos papers no digan absolutamente nada

novedoso.

Ejemplo 1: “Sin embargo, todavía no hay datos epidemiológicos precisos acerca de las implicancias psiquiátricas relacionadas con la enfermedad o su impacto en la salud pública. Un estudio chino aporta algunos conocimientos en este sentido. Aproximadamente la mitad de los encuestados clasificaron el impacto psicológico de la epidemia como moderado a severo, y cerca de un tercio informó ansiedad moderada a severa (Wang C). Datos similares han sido informados en Japón, donde el impacto económico también fue dramático (Shigemura).

Pandemic fear and COVID-19: mental health burden and strategies. Ornel F. Brazilian Journal of Psychiatry. Braz. J. Psychiatry.

Tercer patrón: citar los mismos artículos.

Hay un puñado de papers que son citados por la mayoría de los trabajos publicados. De éstos, diría que uno es tan pobre, o quizás a esta altura resulta tan pobre que uno se pregunta si quienes lo citan leyeron en realidad su contenido.

El de contenido pobre: Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations . Shigemura J et al. Psychiatry Clin Neurosci. 2020.

“... podemos más o menos predecir las consecuencias esperables en la salud mental/física y las poblaciones más vulnerables. Primero, las respuestas emocionales de las personas probablemente incluyan miedo extremo e incertidumbre. Además, conductas sociales negativas van a estar mediadas por el miedo y por percepciones distorsionadas de riesgo. Estas experiencias pueden evolucionar hasta abarcar un amplio rango de problemas de salud mental, incluyendo reacciones de distrés (insomnio, enojo, miedo extremo a la enfermedad incluso en aquellos no expuestos), conductas de riesgo para la salud (incremento en el uso de alcohol y tabaco, aislamiento social), trastornos mentales (TEPT, trastornos de ansiedad, depresión,

somatización) una percepción de la salud deteriorada.”

El de contenido rico: The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Brooks S et al. Lancet 2020; 395: 912–20

Nótese que el título es una *rápida revisión de la evidencia*, con todo, se trata de uno de los más interesantes. Sólo vamos a remarcar que revisan la evidencia actual que la cuarentena tiene sobre diversos aspectos de la salud. Los autores mencionan que la mayoría de los estudios se refiere a síntomas, psicológicos generales, problemas emocionales, depresión, estrés, irritabilidad, miedo, nerviosismo, tristeza, culpa. Un estudio comparó los resultados psicológicos durante la cuarentena con la evolución posterior y encontró que durante la cuarentena, el 7% de la población mostró síntomas de ansiedad y un 17% síntomas de enojo, los cuales se redujeron a un 3% y a un 6% respectivamente a los 6 meses. Otros dos estudios demostraron que el abuso de alcohol y el consumo de alcohol en personal de la salud se asoció positivamente con haber estado en cuarentena. Los estresores fueron: la duración de la cuarentena, el miedo al contagio, frustración, aburrimiento, pérdida económica, insuficientes suministros, información inadecuada, estigma. Incluso en un estudio que evaluó trastorno por estrés agudo y post-traumático, éstos se relacionaron más con el haber estado en contacto con pacientes con SARS que con la cuarentena en sí.

Cuarto patrón: afirmar vaguedades o conocimientos provenientes del sentido común.

“La respuesta emocional de la opinión pública respecto de cualquier pandemia es de extremo miedo e incertidumbre, lo cual produce conductas negativas de la sociedad y puede involucrar cuestiones vinculadas a la salud mental pública, como ansiedad, insomnio, depresión, agresión, frustración e histeria”. (Shigemura et al. 2020).

“Si se compara con estudios previos tales como los del brote del SARS, los pacientes con COVID positivo o sospechoso, y que están en cuarentena sufrirán más probablemente de soledad, enojo y frustración”. (Xiang 2020)

La suma de todos los patrones anteriores. Este artículo, y este extracto en especial, resume todo lo anterior: dice que no hay datos suficientes, que se puede tomar lo aprendido durante el brote de SARS, es un artículo asiático, es altamente citado y no aporta nada muy diferente de los anteriores.

“Hasta el momento, no se dispone de datos epidemiológicos sobre problemas de salud mental y morbilidad psiquiátrica de personas con sospecha o con confirmación de infección por COVID-19 y de los profesionales de la salud mental que los asisten. Por lo tanto, no se sabe cuál es la mejor manera de responder ante los desafíos de este brote. Las observaciones de las consecuencias y medidas tomadas durante el brote de SARS del 2003 podría ayudar a informar a las autoridades de salud y al público sobre las intervenciones en salud mental para ser provistas a quienes lo necesiten”.

Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:228-9.

No es lo mismo tener síntomas que tener una patología

Hay sutilezas que si no se presta atención pueden confundir y dar una impresión equivocada. Estar mal, estar angustiado, estar harto, estar aburrido, estar con ansiedad, estar preocupados son reacciones normales, quizás ni siquiera sean síntomas. Una cosa, entonces es esto y otra cosa es tener un trastorno mental, una patología, un cuadro psiquiátrico, como se lo quiera llamar.

La mayoría de los artículos hablan, sea para la población

general, para los infectados, para el personal de salud asistencia, etc., principalmente, de reacciones, de síntomas de algún trastorno y en mucha menor medida de trastorno.

Ejemplo: “Otro estudio informó que los pacientes infectados con COVID-19 (o con sospecha de haber sido infectados), **pueden experimentar intensas reacciones conductuales** y emocionales, tales como miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o ira, tal como fue informado en situaciones semejantes del pasado. Tales condiciones **pueden evolucionar hasta convertirse en trastornos**, sean depresión, ansiedad (incluyendo ataques de pánico y estrés post traumático), psicóticos o paranoides y pueden conducir al suicidio.”

“Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. Ornel F. Brazilian Journal of Psychiatry. Braz. J. Psychiatry.

Ejemplo 2 (sobre el SARS que es lo mismo): Se estudió el Impacto psicológico del SARS del 2003 en empleados de un hospital en Beijing, China. Se seleccionaron 549 empleados, los cuales fueron encuestados en el año 2006 respecto de su salud mental. Alrededor del 10% de los encuestados experimentaron **altos niveles de síntomas** de estrés post-traumático. Aquellos que estuvieron en cuarentena o trabajaron en salas de alto riesgo, o que tuvieron familiares o allegados que contrajeron SARS tenían 2 a 3 veces más chances de **presentar niveles elevados de síntomas** de TEPT.

The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. Wu P et al. Can J Psychiatry. 2009 May ;54(5):302-11.

Ejemplo 3: (sobre el SARS que es lo mismo) Dos años después de que pasara el brote de SARS, los trabajadores de la salud en hospitales que trataban pacientes con SARS tuvieron **niveles elevados de estrés crónico** comparados con trabajadores sin esta exposición, lo que incluyó **burn-out** profesional

(30 vs. 19%), **síntomas** depresivos y de ansiedad (45 vs. 30%), aumento del hábito tabáquico, problemas con el consumo de alcohol y ausentismo laboral (22 vs. 13%). **Sin embargo, los índices de trastorno depresivo, estrés post traumático no se elevaron.** Por lo tanto, los efectos del SARS fueron comunes pero se mantuvieron en el rango de síndromes de respuesta al estrés sub sindrómicos. Esto debería cambiar el enfoque respecto de la pandemia, pensando más en intervenciones clínicas para problemas de salud mental hacia modelos de adaptación y resiliencia en la población general.

Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza An Evidence-based Approach to Mitigating the Stress Experienced by Healthcare Workers Robert G. Maunder. Revue Canadienne de santé publique. Vol. 99 (6).

¿Cabe esperar un brote de trastornos psiquiátricos a partir del COVID?

De nuevo: no se puede saber, no hay suficiente información, de hecho, me gustaría encontrar algún artículo que diera alguna información puntal al respecto, que diga algo así como “en los dos últimos meses, la prevalencia de trastornos psiquiátricos aumentó tanto”. Una vez más, el SARS es el modelo que se suele tomar como parámetro. Tenemos para afirmar una cosa y su contrario.

-Sí, hay un aumento de trastornos psiquiátricos luego de un brote infeccioso:

Un estudio llevado a cabo en el 2006, investigó las complicaciones psiquiátricas en pacientes que tuvieron SARS en el año 2003. Entre los 99 sujetos reclutados, la incidencia acumulada de trastornos psiquiátricos fue del 58,9%. La prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico a los 30 meses post-infección de SARS fue del 33,3%. El 25% de los pacientes tenían TEPT y el 15% trastornos depresivos (depresión mayor y distimia). No hubo diagnóstico de TOCS ni de trastorno

por consumo de sustancias. Las conclusiones de los autores es: “El brote de SARS puede ser visto como una catástrofe para la salud mental”. (Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. IW Mak. Gen Hosp Psychiatry. 2009.)

-No, no hay un aumento de trastornos psiquiátricos luego de un brote infeccioso:

Nuevos episodios de trastornos psiquiátricos ocurrieron en el 5% de los trabajadores de la salud y éstos se relacionaron directamente con antecedentes de algún trastorno psiquiátrico previo al brote de SARS e inversamente con los años de experiencia en el puesto y la percepción de entrenamiento y apoyo percibido. Por lo tanto, la incidencia de nuevos trastornos psiquiátricos durante y después del brote de SARS tuvo índices más bajos o similares a los de la población general. (Prevalence of Psychiatric Disorders Among Toronto Hospital Workers One to Two Years After the SARS Outbreak. Lancee W. Psychiatr Serv. 2008).

Guías clínicas. Hay varias. Pueden echar una mirada a ver cuánto interés generan y cuántas diapositivas sacan para una clase.

Asociación de Psiquiatría Europea: <https://www.europsy.net/covid-19-resource-centre/>

Intervenciones en salud mental: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20GU%C3%8DA%20COVID-SAM.pdf> Cómo cuidar nuestra salud mental durante la cuarentena: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20Cuarentena.pdf>

Consideraciones de la OMS: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?_cldee=cm9iZXJ0YV9wdXZhbmlFjaGFuZH-JhQGhvdG1haWwuY29t&recipientid=contact-0aa8132f-b0e9e911a811000d3a7ed67b-84d75404f98248478cc56660

1a416889&esid=4b5e2030-fa69-ea11-a811-000d3a7ed518

Algoritmo para pacientes que requieren internación psiquiátrica: https://www.europsy.net/app/uploads/2020/04/ALGORITHM-Hospitalisation-COVID_EPA.pdf

Guía clínica China: http://en.nhc.gov.cn/2020-03/13/c_77687.htm

<http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b-966594253b2b791be5c3b9467.shtml>

Psicofármacos y COVID.

Hay un **artículo muy recomendable**, de lectura obligada o de link para tener a mano y mandar en todo grupo de psiquiatras y médicos que uno integre.

Informations relatives aux psychotropes et à leurs adaptations éventuelles pour les patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. H. Javelot et al. Encephale. 2020. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7196532/>)

Infodemia

Un estudio realizado en China, con 4872 participantes evaluó la prevalencia de depresión y ansiedad y su relación con el nivel de exposición a las redes sociales durante el brote de COVID. De acuerdo al estudio, la prevalencia de depresión, ansiedad y la combinación de ambas fue del 48,3%, 22,6% y 19,4%. Se trata de una prevalencia increíblemente alta, si se tiene en cuenta que estudios de campo previos daban una prevalencia del 4% de ansiedad y de depresión en la población China, y que se puede atribuir más a al tipo de escalas implementadas (las cuales evalúan, por ejemplo, aspectos del “estar bien o estar mal” y no síntomas depresivos, tal como los conocemos) y cuestiones metodológicas más que a un valor

real de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Más allá de esto, lo que el artículo demuestra es la correlación positiva entre la alta exposición a los medios de comunicación social y el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. (Problemas de salud mental y exposición a los medios de comunicación durante el brote de COVID-19. Gao J. PLoS ONE 15(4): e0231924.

Pobreza de contenido.

Los artículos se multiplican, pero la calidad de ellos es bajísima. La información tiende a circular entre un estudio y otro, citándose las mismas fuentes y arribando a semejantes conclusiones y bajar en cuanto a rigurosidad y tecnicismo, al punto de caber en revistas de divulgación o interés general. Se leen artículos centrales que podrían pasar por rellenos en cualquier otra situación.

-Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 **Beyond Paranoia and Panic** (Ann Acad Med Singapore. 2020 Mar 16;49(3)).

Quizás el contenido del artículo sea impecable, pero que un artículo científico utilice los términos “paranoia y pánico” a la usanza coloquial, no sé, lo hace poco serio.

-Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA. 2020 Mar 2;3(3):e203976.

Así empieza: “los trabajadores de la salud expuestos al covid-19 **podrían estar psicológicamente estresados**” y así termina: “en esta encuesta de trabajadores de la salud de hospitales equipados con clínicas de fiebre o guardia de pacientes con COVID-19 en Wuhan y otras regiones de China, **los participantes informaron experimentar una carga psicológica**, especialmente, enfermeras y mujeres de Wuhan, y trabajado-

res de la salud directamente involucrados con el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes con COVID-19.

- The Outbreak of COVID-19 Coronavirus and Its Impact on Global Mental Health. Torales et al. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Mar 31;20764020915212.

“Este brote da lugar a problemas de salud adicionales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, enojo y miedo generalizado. Las preocupaciones colectivas influyen en las conductas cotidianas, en la economía, en las estrategias de prevención y en la toma de decisiones de salud pública, organizaciones de salud, centros médicos, lo cual puede debilitar las estrategias de control del COVID y producir una mayor mortalidad y necesidad de salud mental a niveles globales.”

-Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among the General Population in China. Wang C. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729.

Durante las fases iniciales del brote de COVID en China, más de la mitad de los encuestados calificó el impacto psicológico padecido entre moderado a severo y aproximadamente un tercio informó ansiedad moderada a severa.

-“Seven tips to manage your mental health and well-being during the COVID-19 outbreak”, por Dickerson D. (*Nature* 2020, Mar 26).

Mientras que la competencia científica por publicar artículos en *Nature* es despiadada y sólo un grupo selecto accede a aportar sus investigaciones originales y de garantizado alto impacto, hoy en día se pueden publicar artículos con solo mencionar al COVID:

- 1) Regulá las expectativas

2) Manejá proactivamente tu umbral de estrés (dormí bien, comé bien, tené en cuenta que podés verte inclinado por el consumo de alcohol u otras indulgencias para manejar el estrés).

3) conocé tus banderas rojas (fallas de concentración, frustración, tristeza, etc.)

4) la rutina es tu amiga

5) sé compasivo con vos mismo y con los demás

6) mantené conexiones sociales

7) manejá la incertidumbre manteniéndote en el presente

- The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease)

Carlos Kennedy Tavares Lima. Psychiatry Res. 2020 May; 287: 112915.

La mayoría de los profesionales de la salud trabajan en unidades aisladas y en hospitales donde no reciben entrenamiento en la provisión de cuidados de salud mental.

COVID y Telemedicina

Este artículo es de hace un tiempo pero sin dudas permite un rastreo sobre el estado del tema y debe tener las suficientes citaciones como para ver cómo continuó el asunto: Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. Andersson G et al. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20610>.

Pero si uno quiere leer algo nuevo, algo que tenga directa relación con el COVID podemos sugerir este “Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow”, de Touros J, que cuanto menos nos aporta un lema magistral: “Aunque hoy el mundo debe “aplanar la curva” de diseminación del virus, proponemos que hoy es tiempo de **“acelerar y doblar la**

curva” de la medicina digital”.

Reflexión new age

“Nuestra responsabilidad como profesionales de la salud mental es asegurar que las formas en que prescribimos el sentido y la representación del COVID para nosotros mismos y para el mundo, incrementen nuestra salud mental en lugar de limitar lo que podemos transformar individual y globalmente. Covid-19 pandemic: a public and global mental health opportunity for social transformation? Ahmad A. BMJ 2020; 369.

Artículos varios recomendados

-Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science.

Emily A Holmes

Lancet Psychiatry. 2020 Apr 15

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159850/>

-Is Returning to Work During the COVID-19 Pandemic Stressful? A Study on Immediate Mental Health Status and Psychoneuroimmunity Prevention Measures of Chinese Workforce.

Tan W et al.

Brain Behav Immun 2020 Apr 23;S0889-1591(20)30603-6.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120306036>

-COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry

Starace F.

Epidemiol Psychiatr Sci. 2020; 29: e116.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7163186/>

-Nervous System Involvement After Infection With COVID-19 and Other Coronaviruses

Wu et al.

Brain Behav Immun. 2020 Mar 30;S0889-1591(20)30357-3.

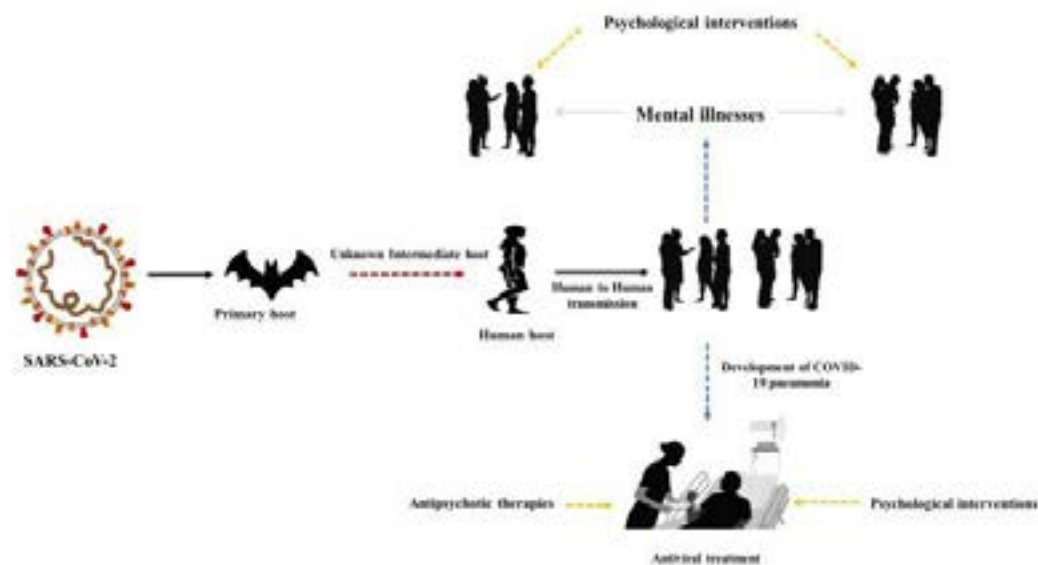
Las infecciones virales tienen impacto negativo en las funciones neurológicas, y causan severo daño neurológico. El artículo de revisión, describe las complicaciones neurológicas más comunes asociadas al COVID: ACV, ACV, encefalitis viral y encefalopatía tóxica infecciosa.

Fluvoxamina para el tratamiento del COVID

STOP COVID (A Double-blind, Placebo-controlled Clinical Trial of Fluvoxamine for Symptomatic Individuals With COVID-19 Infection) con este sugestivo nombre, un grupo de investigadores de la Universidad Washington en Missouri, están reclutando participantes para un estudio acerca del potencial uso de la fluvoxamina para el tratamiento de pacientes con COVID-19 leve, y en la procura de determinar si el antidepresivo es útil para disminuir la disnea (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04342663>). La hipótesis detrás de este ensayo, no financiado por empresa de laboratorio, es que la fluvoxamina podría prevenir la “tormenta de citoquinas” dado que al unirse con el receptor sigma-1 de las células inflamatorias podría inhibir la producción de citoquinas y reducir respuesta inflamatoria.

Infografía absurda

Impact of coronavirus outbreak on psychological health.
Suliman Khan. J Glob Health. 2020 Jun; 10(1): 010331.



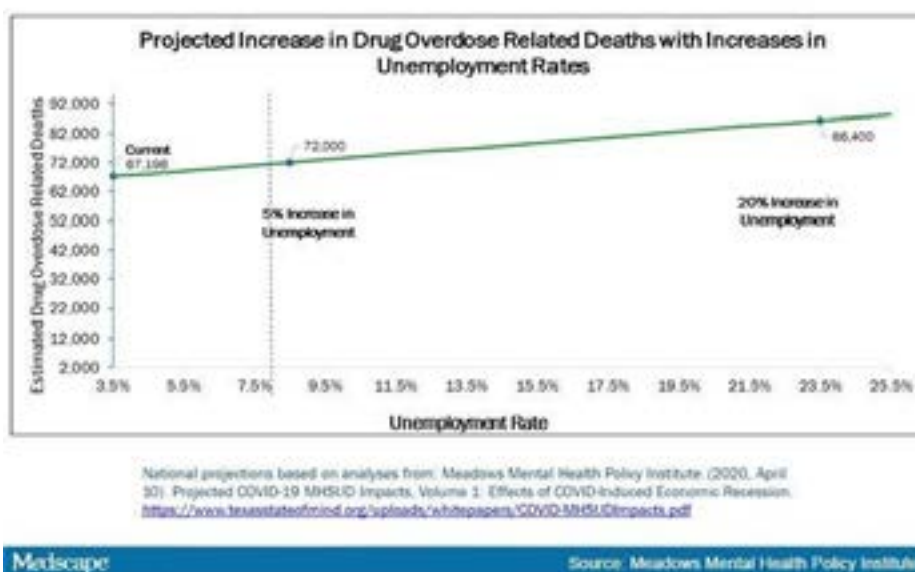
COVID y Suicidio y Crisis Económica y Proyecciones Erróneas

Otro ejemplo de imprudencia y de vicio tendencioso en el que la opinión pública y la opinión científica se ven envueltas se puede analizar a partir de datos producidos por la Universidad de Texas. (<https://www.texasstateofmind.org/uploads/whitepapers/COVID-MHSUDImpacts.pdf>).

El enfoque se centra en las consecuencias del COVID no como enfermedad en sí misma sino en cuanto a sus consecuencias económicas. Es decir, cómo impactaría la recesión

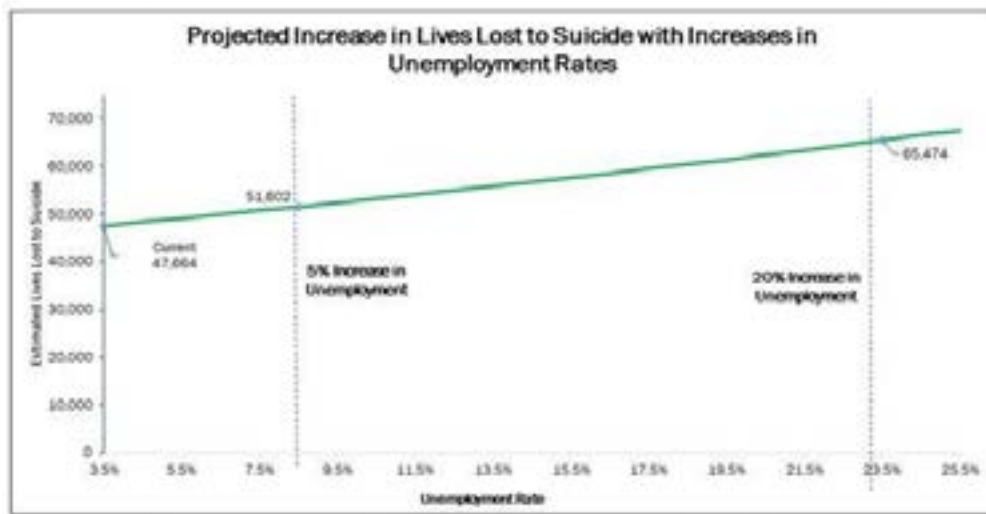
económica en la salud mental. Así, incorporando variables de riesgo, los autores proyectan (véase el gráfico) cómo la caída en el empleo incrementaría el riesgo de suicidio. Concretamente sería que cada punto porcentual que disminuya el empleo daría por resultado 780 muertes por suicidio (se supone que la razón del mismo sería el factor económico).

Projected Range of Increases in Lives Lost to Drug Overdoses from COVID Recession



Desde luego, son proyecciones que asustan (más miedo, ¿para qué?) y que, encima, como dato de color no podría considerarse un aporte, al menos no un aporte constructivo. (Y los autores juegan con proyecciones respecto de otros problemas de salud mental, como el consumo de sustancias.)

Projected Range of Increases in Lives Lost to Suicide From COVID Recession



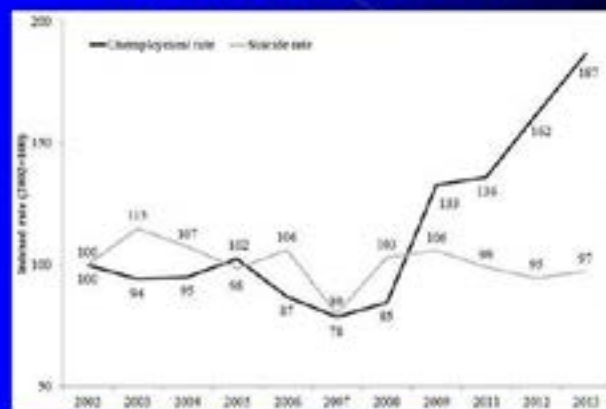
National projections based on analyses from: Meadows Mental Health Policy Institute. (2020, April 30). Projected COVID-19 MHSUD Impacts, Volume 1: Effects of COVID-Induced Economic Recession. <https://www.texasstateofmind.org/uploads/whitepapers/COVID-MHSUDImpacts.pdf>

Modscape

Source: Meadows Mental Health Policy Institute

Ahora, lo interesante proviene de la réplica que, al autor de ese artículo, la interpone Nassir Ghaemi, quien señala que esta lógica: desempleo = aumento de muerte por suicidio, no se verificó, por ejemplo en la población milanesa ante la crisis económica del 2008.

Suicide rate after 2008 financial crisis: Milan



(Merrigora et al. Suicide Risk and the Economic Crisis. PLOS One 2016, 11(12): e0162344)

Metaspice

Source: Merrigora et al.

El exceso de información también puede provenir de fuentes confiables, de fuentes serias, de los ámbitos científicos.

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)

Darío Charaf

Psicoanalista. Acaba de editar “Ética de lo imposible” (editorial Modesto Rimba)

Tamara Chernoff

Residente de salud mental del Hospital Teodoro Álvarez

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.

Bruno Kliger

Residente de salud mental del Hospital Teodoro Álvarez

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

Andrés Rousseaux

Caballero jedi y psiquiatra.

Tamara Zotelo Ulfeldt

Médica residente de psiquiatría Hospital Ramos Mejía. Men-
docina que descubrió dónde topa lo pandito.

Marcos Zurita

Médico psiquiatra.

Director Revista ATLAS.

Supervisor de residencias de Salud Mental de CABA y GBA

Simpatizante no melancolizado del Club Atlético Huracán

mzurita@gmail.com

Cierre

ATLAS 19 finaliza acá. Nos vemos el próximo número.

SUSCRIPCIONES

Si desean recibir en sus casillas de mails los número 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

www.mundoatlas.com