

ASCENSO Y CAÍDA DE LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS.

Reportajes a Moncrieff y Halsband. Cortes y Sacudidas (Fabrissin). El flagelo del Ensayo del yo (Zurita). El cine bajo influencia: Side Effects (Rousseaux). La búsqueda de la bondad patológica (Pagano). Perfiles: Telémaco Susini.



Editorial

Bienvenidos al primer número de la segunda temporada de **ATLAS**. Las diferencias con la temporada 1 que caprichosamente llegó a su fin en el número anterior son sutiles. Por ejemplo, **las ediciones de esta temporada 2 serán temáticas**. Como habrán leído en la tapa, comenzamos con el “**Ascenso, Caída y (...) de los tratamientos psiquiátricos**”. Esos (...) pueden ser ocupados con “reascenso”, “reencarnación”, “muerte absoluta en el vacío de la epistemología” o cualquier otro final que consideren.

Otras sutilezas: hicimos dos reportajes, uno a **Joanna Moncrieff** y otro a **Sergio Halsband**, tratando de cubrir dos puntos de vista sobre un mismo tema. También hay comentarios de **libros**, siguen las **películas** en la clásica sección Las Puertas de Tannhäuser y nuevos auspiciantes a los que le damos también la bienvenida.

Dentro de los **artículos originales** que estamos orgullosos de publicar, está el recorrido en la historia de los tratamientos invasivos que hizo **Javier Fabrissin** y una investigación apasionante que hizo **Victor Pagano** sobre los tratamientos penitenciarios.

La ilustración de portada es un tratamiento de esos que con los años causan un poco de consternación y gracia. Como muchos de los de hoy, pero de esos nos vamos a consternar y reir dentro de unos años.

Sumario

Viene primero el artículo de **Javier Fabrissin** sobre los tratamientos invasivos en psiquiatría. Después las entrevistas a **Joanna Moncrieff** y **Sergio Halsband**. Enseguida, sigue el perfil de **Telémaco Susini** y **Las puertas de Tannhäuser** (¿dijimos alguna vez que es una referencia a Blade Runner?) con un thriller de la industria farmacéutica, valga la redundancia.

Acá respiramos y nos metemos en la genial investigación que hizo **Victor Pagano** sobre un preso en la cárcel de Ushuaia en la era de oro del positivismo y una conexión con los tratamientos penitenciarios actuales.

Finalmente, una reseña en detalle sobre **Apuntes sobre el suicidio**, un ensayo de un académico de esta época.

ATLAS Temproda 2 episodio 01. otoño 2023 ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Ideas y Desrealizaciones: Nicolás Alonso, Diego Costa, Laura Fernández, Natalia Fuertes, Nicolás Oliva, Andres Rousseaux, Victor Pagano, Leonardo Juárez Aguaysol. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Córdoba 1752 12 E C.A.B.A.

maildeatlas@gmail.com

Cortes y Sacudidas

Javier Fabrissin

[Nota: versión abreviada del texto original (y aun así sigue siendo largo) al que, entre otras cosas, le saqué todas las referencias bibliográficas, por lo que van a tener que creer en la honestidad del autor respecto de que lo que se dice salió de algún lado.]

1. Introducción

Por alguna curiosa razón, el ser humano incorporó el **hábito de golpear o zamarrear las cosas que no funcionan para procurar su restablecimiento**. Golpes al costado de los viejos televisores de tubo para corregir la imagen, apaleadas a un control remoto remolón, porrazos en el volante del DeLorean, palmadas en la espalda de Chaparrón Bonaparte para que salga de sus chiripiolcas, cachetadas en la mejilla para reaccionar de un trance histérico, un segundo traumatismo en la cabeza al amnésico para recuperar su memoria.

En todos estos casos, **la acción violenta persigue el objetivo de hacer que la cosa funcione mejor o que vuelva a funcionar**. Acaso hay algo de pensamiento mágico en la suposición de que el sacudón reconecta algún cable suelto, alguna conexión endeble, sea esta un circuito integrado o una red sináptica. Acaso se deba a la impotencia o a la necesidad de descarga de la frustración.

El punto es que no hay una lógica mecánica que reco-

miende su uso como un modo, al menos permanente, de resolver el mal funcionamiento de algo. Desde luego, **alguna vez puede funcionar: al largo plazo posiblemente genere otro deterioro o haga más daño.**

Puede dar la impresión de que **ciertos tratamientos psiquiátricos fueron inspirados según esa perspectiva**, asumiendo que mediante una destrucción controlada, en el mejor de los casos, imprecisa o ciega en otros, es esperable alcanzar una restitución clínica.

En este texto, vamos a hablar de algunos **tratamientos que la psiquiatría empleaba –o emplea- y que apelan a lo traumático**, al ejercicio de algún tipo de fuerza física para provocar sus efectos, y vamos a hablar de **algunos personajes icónicos** asociados a ellos.

La intención no es tomar una actitud sobradadora y reírse o lamentarse de la brutalidad, arrojo o ignorancia de los médicos. La distancia temporal y personal también puede convertir lo trágico en curiosidad fascinante. Se puede hacer el ejercicio de imaginar las escenas que se van a describir, tanto desde la perspectiva del médico, imbuido en un afán curativo extremo, a quien se le ofrecían los cerebros de seres humanos y los manipulaban con una soltura inusitada, como desde la de los pacientes y sus familiares, quienes se sumergían en esas experiencias dolorosas y sobrecogedoras, porque era lo que había, lo que quedaba por hacer.

2. La auto-trepanación

El célebre cuadro de El Bosco, “Extracción de la piedra de la locura”, esa pintoresca viñeta burlona, dominaba uno de los consultorios del Hospital Moyano. Quizás no era un lugar apropiado para emplazar esa pintura, pero su contemplación

resultaba gratificante.

Desde siglos antes de la realización de esta pintura, **el hábito de la trepanotomía se ejecutaba regularmente** en eras lejanas y regiones geográficas no relacionadas entre sí. Así lo documentan numerosos cráneos rescatados de excavaciones arqueológicas, que conservan su marca, que en este caso es una carencia. Su uso se vio repartido entre **la práctica ritual y el tratamiento médico** para afecciones atribuibles al cerebro, y atraviesa las épocas para llegar a nuestros días según esta última versión, como intervención quirúrgica para el alivio de ciertas patologías o complicaciones neurológicas.

Sin embargo, un poco a horcajadas entre lo terapéutico y lo ritualístico, la trepanación supo tomar otro fulgor en tiempos más recientes: **la autotrepanación**. En el año 2000, en el British Medical Journal, se publicaba un artículo alertando sobre los riesgos de la auto-trepanación, haciéndose eco de la noticia de una mujer de 29 años que llevó adelante este procedimiento porque sufría “fatiga crónica”. Heather Perry dijo sobre su auto-tratamiento: “Sentí los efectos rápidamente. Generalmente me siento mejor y tengo una mayor claridad mental”.

La inspiración de Heather provino de la información recogida del “**International Trepanation Advocacy Group**”, una asociación liderada por **Peter Halvorson** -otro auto-trepanado- quien, a su vez, abreva en un linaje cuyas raíces se implantan en la década del ‘60. En aquel momento, **Hugo Bart Huges**, un holandés, bibliotecario y defensor de las sustancias alucinógenas, publicó en 1964 un texto llamado “**El mecanismo del volumen sanguíneo cerebral**”. Decía:

“La posición del hombre es erecta. El cráneo se sella al final del crecimiento. La sangre es más pesada que el líquido céfalo raquídeo (LCR). Estos tres factores causan que el volumen sanguíneo cerebral decrezca mientras que el LCR lo reemplaza. El

metabolismo cerebral se enlentece, la originalidad y la creatividad disminuyen, la juventud llega a su fin. El mayor estado de conciencia de los niños se debe a que su cráneo no está sellado, permitiendo la libre expansión del cerebro. Las suturas cerebrales limitan esto. Mediante el incremento del volumen sanguíneo cerebral, el metabolismo se acelera, ingresa más oxígeno y glucosa desde la sangre y sale más dióxido de carbono, y muchas funciones cerebrales mejoran. La disminución del volumen sanguíneo cerebral limita el número de centros cerebrales que pueden funcionar simultáneamente [...]”.

Cabe aclarar que la auto-trepanación así planteada consiste en realizarse **un agujero en la calota craneana sin incidir en el tejido cerebral ni en ninguna parte blanda.**

Amanda Feilding, una aristócrata británica de mente abierta, en 1970, inspirada por el espíritu de la época, **decidió realizar su acto de auto-trepanación**, mezcla de performance y manifiesto terapéutico, y filmarse (**“Heartbeat in the brain”**, se llama, se puede encontrar por ahí):

“[...] Usé un taladro eléctrico con un pedal de pie. [...] Después de realizar el procedimiento, me envolví la cabeza con un pañuelo, comí un pedazo de carne para reemplazar la pérdida de sangre y me fui a una fiesta. Es una operación de solo media hora.

[...] Cuando un niño nace, el cráneo es suave y flexible. Luego, se cierran las fontanelas y las suturas craneales, lo cual inhibe la total pulsación de los latidos cardíacos, lo que limita su completa expresión en el cerebro, por así decirlo. Esta pérdida de la presión del pulso resulta en un cambio de la relación entre los dos fluidos del cerebro: la sangre y el líquido céfalo-raquídeo. [...] La trepanación funciona porque restablece la presión del pulso total de los latidos cardíacos. [...] Cuando la circulación se vuelve más lenta se produce un estancamiento y esto puede contribuir con el desarrollo de enfermedades como la demencia y el Alzheimer. Es decir que la trepanación incrementa la circulación sanguínea. En

la enfermedad de Alzheimer no es la falta de sangre cerebral el problema sino la falta de un lavado adecuado de las moléculas tóxicas del LCR.”

Fielding se asoció con un investigador ruso, **Yuri Moskalenko**, con la intención de respaldar sus hipótesis mediante los resultados de la ciencia dura. Éste publicó algunos papers menores que resultaron intrascendentes, sin aportar nada con respecto al tratamiento del Alzheimer.



The unsophisticated joys of self-trepanation: before, during, and after stills from the documentary Heartbeat in the Brain in which Amanda Fielding performs DIY brain surgery.

Amanda sonriente luego de hacer que su cráneo se expandiera un poco para darle más libertad al apretujado cerebro de adulto

3. La terapia electroconvulsiva

El cerebro es un órgano electroquímico que puede ser intervenido tanto química como eléctricamente. Si los medicamentos actúan a nivel bioquímico, otros métodos terapéuticos lo pueden hacer mediante la electricidad (o el magnetismo).

El linaje de la estimulación eléctrica transcraneal en el siglo XX

En la apasionante tesis de **Berkan Guleyupoglu**, el autor realiza un pormenorizado análisis de los dispositivos desarrollados durante el siglo XX para el tratamiento psiquiátrico y neurológico mediante estimulación eléctrica del cerebro.

En este relato, sumamente técnico, centra el linaje de la estimulación eléctrica cerebral moderna en dos aparatos: el **electrosleep** (1902) y la **electroanestesia** (1902). Sus nombres dan cuenta de su indicación: el primero, para producir sedación y eventualmente tratar el insomnio; el segundo, también llamado electronarcosis, para inducir anestesia en contextos quirúrgicos. Los resultados más resonantes de ambos dispositivos fueron publicados en 1914 y desde ahí –y un poco antes también– se produce una expansión de aparatos basados en uno u otro, los cuales variaban algún aspecto técnico (material y colocación de los electrodos, potencia y tipo de corriente eléctrica utilizada, carcasa del aparato, etc.).

Dispositivo original y sus derivados

Electrosleep: Electroterapia transcerebral, Terapia NeuroEléctrica, Estimulación Eléctrica Craneal y Terapia de estimulación craneal.

Electroanestesia: Estimulación eléctrica craneal transcutánea, Limoge y estimulación interferencial.

Polarización o estimulación de corriente directa: estimulación de corriente directa transcraneal, micropolarización transcraneal, estimulación de corriente directa transcraneal de alta definición y estimulación vestibular galvánica.

Terapia de electroshock: terapia electroconvulsiva, Terapia

convulsiva focal eléctricamente administrada

Otros: Estimulación de corriente alterna transcraneal, estimulación de corriente directa sinusoidal transcraneal y estimulación transcraneal mediante ruidos aleatorios.



Diferentes aparatos para practicar estimulación eléctrica del cerebro

El linaje de la estimulación eléctrica transcraneal antes del siglo XX

Antes del electrosleep y la electonarcosis, el magma crepitante de los tratamientos médicos mediante electricidad había recorrido un largo camino.

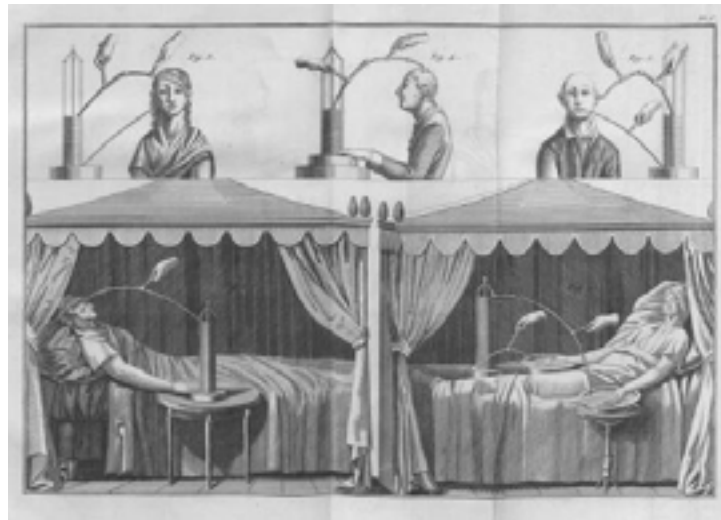
Beard, en 1871, afirmaba que una **corriente eléctrica**, en cualquiera de sus formas –según Franklin, Galvani o Faraday-, al ser aplicada al cuerpo podía servir como “**tónico estimulante con una poderosa influencia sedativa**” (vaya paradoja). Las patologías que se podía abordar mediante la

electricidad incluían histeria, neurastenia, hipocondriasis, melancolía, irritación espinal, insomnio, astrafofia. **Los tratamientos existentes incluían:** Baños de aire electrificado, Baños de electricidad, Jaula electroterapéutica, Cepillo farádico, Moxa farádica, entre otros. El propio Benjamin Franklin curó un caso de histeria mediante la rudimentaria Jarra de Leyden.

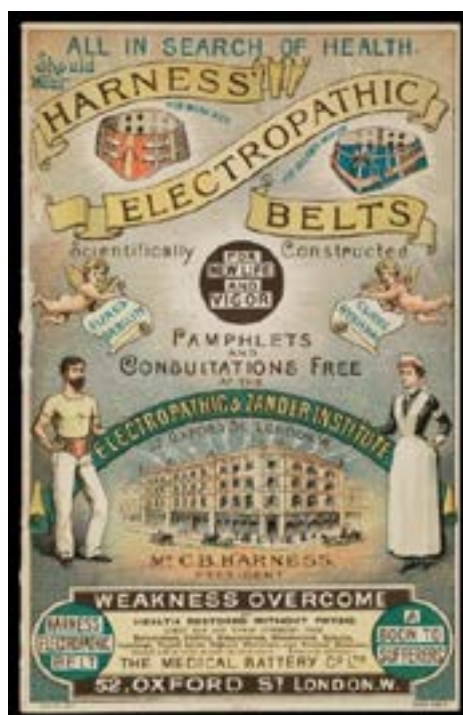
Pero se le tributa a un italiano, **Giovanni Aldini**, la realización del **primer tratamiento con electroshock para pacientes con esquizofrenia y melancolía**. Esto fue en 1801.

Para Aldini, **la distancia entre realizar tratamientos médicos y demostraciones de feria no guardaba demasiada diferencia**. A la manera de un adelantado y real Doctor Frankenstein, en 1803 en la Real Escuela de Cirujanos de Londres, ejecutó una función tremendamente increíble, con dosis de arte, espectáculo y ciencia. Dado que la disección anatómica del cadáver era una prerrogativa de la pena de muerte, Aldini reclamó el cuerpo de George Forster, recientemente ahorcado en el patíbulo de la prisión de Newgate. Ante un público de doctores y curiosos, Aldini tomó un par de varillas conductoras de electricidad conectadas a una batería de zinc y con ellas tocó determinadas partes del cadáver. Los resultados fueron espectacularmente siniestros. **Cuando las varillas se aplicaron a la boca y el oído del muerto, la mandíbula comenzó a temblar, los músculos se contrajeron y el ojo izquierdo se abrió**. El punto culmine de su performance consistió en emplazar las varillas en el recto del muerto, haciendo que su puño crispado se revoleara por el aire, sus piernas comenzaran a dar patadas y su espalda se arqueara violentamente.

Más allá de haber descrito cuáles podrían llegar las aplicaciones médicas de la electricidad, su actividad se dividió entre la medicina y el show business, con espectáculos que incluían electricidad y cadáveres de animales.



Ilustraciones de Giovanni Aldini sobre los tratamientos con electricidad, sostenidos por manos flotantes



Antes y ahora: los cinturones eléctricos garantizan lo que se quiere buscar

Ugo Cerletti y La terapia electro-convulsiva tal como la conocemos

Pero fue **Ugo Cerletti**, por el año **1938**, quien sistematizó los conocimientos sobre el uso de la electricidad como tratamiento médico, capitalizando la clásica observación del antagonismo entre las crisis convulsivas y las psicosis -una crisis epiléptica tónico-clónica generalizada induce una mejoría de los síntomas psicóticos-, para dar lugar a la terapia electroconvulsiva.

Primero experimentó con animales, principalmente cerdos, como para calibrar un poco la descarga necesaria, pero “No sólo queríamos probar que era posible crear una crisis epiléptica mediante electricidad sino que, más que nada, queríamos mostrar que tal ataque tenía un valor terapéutico, no diferente del creado por la inyección endovenosa de Cardiazol. Necesitábamos, entonces, un paciente afectado por una psicopatía clara: y tuvimos uno.”

Ese paciente, a la sazón, un vagabundo, había sido llevado por la policía romana a la “Clínica para enfermedades mentales de la Universidad de Roma”, con un **diagnóstico de esquizofrenia**, ensimismado, con soliloquios. Cerletti tenía el paciente que quería para su demostración. Días después de su ingreso, fue ubicado en una camilla de un aula de la Clínica y presentado a los alumnos y personal del establecimiento. Le colocaron un electrodo en cada sien y se le dio para que mordiera una goma envuelta en una gasa.

Antes de la descarga, **el paciente habría gritado que “no le diera de esa sacudida mortal”** (según otros, habría gritado: **“uno más es asesinado”**), pero Cerletti apretó el botón y tuvo lugar la convulsión que lo dejó inconciente. Las exclamaciones del paciente dan cuenta que ese momento princeps era una puesta en escena y no su primera incursión en el método. **An-**

teriormente habían tanteado con, al menos, tres sesiones de electroshocks que fueron fallidas porque no acertaban a encontrarle la calibración del voltaje (se pasaban con la dosis) y el tiempo de la descarga necesarios para producir la convulsión.

El paciente de Cerletti recibió, de ahí en más, **14 sesiones de electroshock**, mostrando algún grado de recuperación, saliendo de su ensimismamiento, aclarándose sus pensamientos y dando muestras de buena salud, con ganas de volver a trabajar, por lo que se le dio el alta.

El 28 de mayo de 1938, ante la Real Academia de Medicina de Roma, Cerletti y Bini, su colaborador técnico, hicieron una presentación oral sobre el empleo de la corriente eléctrica para inducir crisis convulsivas con seguridad y alcance terapéutico que otros tratamientos coetáneos (coma insulínica, cardiazol), derivando en una demostración -se podría decir que una competencia-, entre la convulsión producida por el cardiazol y la producida por electroshock en diferentes pacientes. Fue suficiente para que el aparato se presentara en giras nacionales y mundiales. La patente se vendió y la aplicación de este tratamiento prosperó.

Las Acroagononinas

Según Celetti, el mecanismo de acción del electroshock involucra dos fases. En la primera, las convulsiones epilépticas causan una descarga del sistema nervioso autónomo en el hipotálamo y en el tronco cerebral. En la segunda, una reacción motora ocurre en el hipotálamo y el tronco cerebral. De ambas, la primera sería la más relevante ya que se generaría una **crisis diencefálica que daría por resultado la producción cerebral de unas sustancias, las acroagoninas**.

Las acroagoninas tendrían una **acción estimulante**, al-

tamente **vitalizantes** y de **defensa suprema**, formándose o aumentando en el organismo -y especialmente en el cerebro- bajo la influencia del electroshock.

Alrededor de 1947, Cerletti comenzó a **extraer emulsiones cerebrales de cerdos previamente electroshockados**. Siguiendo su hipótesis, estas sustancias **podrían ser inyectadas a personas con patologías psiquiátricas**, principalmente depresión, para su tratamiento. De hecho, el propio Cerletti preparó una suspensión para experimentar sobre él mismo, colegas médicos y enfermos. El interés fue tal que se especuló con **la producción industrial de estas sustancias**, lo cual, aparentemente, **habría sido llevado a cabo en algún país de América del Sur, sin la aprobación de Cerletti**. En los Anales médico-psychologiques (1955), Dell publica un artículo en el que postula que podría tener eficacia para la ansiedad, el insomnio y la excitación, pero posteriormente no se pudo confirmar su validez y la teoría de las acroagoninas fue abandonada.

Mecanismo de acción de la TEC

Uno puede glosar decenas de mecanismos de acción propuestos para explicar por qué la TEC hace lo que hace siguiendo los artículos publicados al respecto, pero después de casi 100 años de existencia, la leyenda que tienden a compartir prácticamente todos los trabajos es “el mecanismo de acción sigue siendo desconocido”.

La psiquiatría intervencionista de hoy

El TEC se incluye dentro de los procedimientos de **estimulación eléctrica transcraneal**, concepto que abarca todas las formas de **aplicación de corriente eléctrica en el cerebro de manera no invasiva** utilizando un electrodo sobre la ca-

beza con fines clínicos o de investigación. La dosis -que a su vez depende del montaje del electrodo, la forma de la onda, voltaje, amperaje, intensidad y duración-, determina el campo eléctrico cerebral lo cual da lugar a respuestas neurofisiológicas y cambios sostenidos en la función cerebral.

Existen otros procedimientos que usan la electricidad pero suministrada intracranealmente (con electrodos implantados en el cerebro), o que procuran el mismo tipo de efecto provocando un campo magnético (**estimulación magnética**).

El objetivo es el de generar un campo eléctrico o magnético que influya en el funcionamiento cerebral y que dé lugar a una **neuromodulación** (este sería un término más actual). El concepto es el de la **teoría de la red neuronal**, que asume que un cierto grupo de regiones cerebrales conectadas, funcional o estructuralmente, trabajan en conjunto para el normal mantenimiento de la regulación de los estados de ánimo u otras funciones. De este modo, **el objetivo es producir activación, inhibición, modificación y/o regulación a largo plazo de la actividad neural**. Si bien la biofísica y la biología molecular han ayudado a desarrollar un marco para entender cómo las terapias de neuromodulación afectan neuronas individuales, sigue sin resultarles muy claro a los científicos cómo es que emergen dinámicas a una escala mayor, a una escala de redes, y cómo, esto, luego, se relaciona con efectos clínicos.

En conjunto, estos tratamientos se agrupan bajo el apelativo “**psiquiatría intervencionista**”.

El intervencionismo psiquiátrico

Técnicas no invasivas y convulsivas: TEC, terapia convulsiva magnética, estimulación eléctrica focalmente administrada.

Técnicas no invasivas y no convulsivas: estimulación magnética transcraneal, estimulación externa del nervio trigémi-

no, estimulación nerviosa transcraneal directa, estimulación del nervio vago auricular transcutáneo.

Técnicas Invasivas: requieren implante quirúrgico de dispositivos permanentes que funcionan para proveer neuromodulación constante o prácticamente constante:

Estimulación cerebral profunda, Estimulación cortical intracaneal, Estimulación transcraneal por corriente directa, Estimulación magnética transcraneal, estimulación del nervio vago.

Ejemplo 1: Estimulación del nervio vago: se implanta un dispositivo debajo de la piel del pecho y se introduce un cable debajo de la piel que conecta el dispositivo al nervio vago izquierdo. Cuando está activo, el dispositivo envía señales eléctricas a lo largo del nervio vago hasta el tronco encefálico y de ahí a otras zonas del cerebro.

Ejemplo 2: Estimulación magnética transcraneal: dispositivo electromagnético que provee campos magnéticos pulsados a través del cráneo de suficiente magnitud para inducir potenciales neurales de acción.

Ejemplo 3: Estimulación profunda del cerebro: implantación de electrodos en el cerebro. Un generador de pulso se instala subcutáneamente en el pecho y un cable con los electrodos se tira hacia el cerebro.

4. Lobotomía¹

La cirugía como tratamiento para las patologías psiquiátricas, al igual que lo mencionado cuando hablamos de la tre-

¹ Distinguimos entre la lobotomía, que implica practicar una trepanación para arribar al cerebro, y la trepanación en sentido estricto que implica la apertura de una ventana ósea.

panotomía, computa registros antiquísimos. No obstante, se puede ordenar la evolución de la misma en función de una línea histórica más reciente, que surge a **finales del siglo XIX** y que tiene como eje al debate sobre la **teoría localizacionista de la organización cerebral**.

En el **Congreso Médico internacional de 1881** se produjo una discusión entre **David Ferrier** (un localizacionista), quien sostenía que los monos a los que les había practicado lesiones circunscriptas del cerebro ostentaban déficits específicos. Para demostrarlo, hizo pasar a un mono hemipléjico (“Es como un enfermo”, dicen que observó Charcot, presente en el congreso). Su oponente, **Goltz**, médico alemán, **sostenía que ablaciones cerebrales amplias, como las que él mismo había ejecutado en cerebros de perros, no producían alteraciones funcionales motoras o sensoriales**. Los colegas que oficiaron de jueces le dieron el triunfo a Ferrier (apuntaremos que Ferrier era británico y que dicho Congreso se realizó en Londres).

Sin embargo, los resultados obtenidos por Goltz también **revelaban que la resección de porciones de los lóbulos temporales conseguía que los perros se mostraran más tranquilos y menos agresivos**.

Posteriormente, en 1888, **Gottlieb Burckhardt**, un médico suizo, realiza una intervención más o menos semejante, **resecando parte de los lóbulos frontales, temporales y parietales**. En su caso, no se quedó con hacer la práctica en caninos sino que **lo hizo directamente en pacientes internados** por alucinaciones, agresividad e ideas delirantes. Burckhardt presentó sus resultados en el Congreso Médico de Berlín en 1891: dos mejoraron, dos permanecieron estables, uno se suicidó y uno murió tras un ataque epiléptico (hoy se pelearía para atribuir estas muertes a otras causas y podría quedar al umbral de la aprobación de la FDA). El propio Burckhardt no estuvo conforme con lo logrado y la comunidad científica lo

condenó al ostracismo (lo cual resulta raro, y quizás haya más detrás de esto, porque el procedimiento no era menos radical que otros y los resultados no eran tan despreciables).

Este revés no detuvo la ciencia, que da un salto (hay saltitos anteriores, pero que no nos detendremos en ellos) al año **1935**, cuando **Jacobsen**, de los EE.UU., practica **lobotomías en chimpancés**, observando que luego del procedimiento **quedaban más calmos**. Paralelamente, en Yale, **Fulton**, analizaba el temperamento de dos chimpancés, Lucy y Becky, quienes se mostraban frustrados cuando no conseguían los objetivos que se les planteaba en las experimentaciones a las que eran sometidos por los investigadores (lo mismo que cabría esperar de cualquier ser humano al que le va mal en alguna tarea y más si está en cautiverio). **Definió esta frustración como “neurosis experimental”**, y no va que se le ocurre que la extirpación de los lóbulos frontales podría morigerarla. Efectivamente, así ocurre: una vez lobotomizados, se tomaban con más tranquilidad sus fallas, se convirtieron en buenos perdedores.

Egas Moniz

Jacobsen y Fulton presentan sus informes en el III Congreso Internacional de Neurología. Entre los asistentes estaba Antonio Egas Moniz, quien había ido para presentar una técnica de diagnóstico que había ideado, la angiografía cerebral. Del congreso se fue con la intuición de que lo mismo que ocurría con los chimpancés podría darse con los humanos (a fin de cuentas, comparten el 99% de los genes). Esta intuición cobra impulso cuando se entera de que un neurólogo de apellido **Brickner, practicó una cirugía a un agente de bolsa que tenía un meningioma en la zona frontal**. Luego de seccionar las zonas del lóbulo frontal donde se encontraba el meningioma, reportó que el agente de bolsa quedó con el intelecto intacto pero **mostró un apreciable cambio en su**

personalidad: pasó de ser tímido e introvertido (¿un agente de bolsa tímido?) a volverse vivaz y jactancioso (o sea, finalmente consiguió la personalidad adecuada).

Con esos precedentes, Moniz **hipotetizó que los pacientes con patología mental presentan conexiones neurales anormales en los lóbulos frontales** e hizo derivar de esa escaleta hipótesis que los pacientes con trastornos obsesivos o con melancolía podrían mejorar de sus síntomas si se hacía algo con eso. Entonces, pergeña que **la ablación de zonas de la sustancia blanca de la corteza orbitofrontal en cada hemisferio** podría servir porque se **interrumpirían conexiones fijas existentes entre las neuronas y desarrolladas durante el aprendizaje**; es decir, interrumpía una estabilización anormal de patrones cerebrales neuronales condicionados. Estas ideas coinciden con lo propuesto por Papez, más o menos por esa época, respecto de que las emociones se sustentan en circuitos reverberantes alrededor del hipocampo y que involucraban la corteza. Por lo tanto, si se cortaban esas conexiones neuronales se interrumpiría el circuito de retroalimentación.

Egar Moniz se asoció con un colega neurocirujano, Almeida Lima, para avanzar con su idea. Tan embalado estaba que se saltó la parte de ensayar con animales y **pasó directamente a los lóbulos frontales de los seres humanos**. Inicialmente, lo que hacían era inyectar alcohol en la sustancia blanca de los lóbulos frontales, pero reparó en que la lesión así producida por era imprecisa, por lo que no podía delimitar bien el daño. Esto condujo a la creación del **leucotomo**, un instrumento semejante a una aguja con un lazo de alambre retráctil, con el que podía discurrir a través del lóbulo frontal cortando fibras de sustancia blanca. El proceso se realizaba mediante **diferentes ángulos de ingreso**, atravesando el cráneo de manera bilateral y ejerciendo tres lesiones en cada lado. Cabe agregar que éstas se producían al tanteo, dado que carecían de referencias internas.

La primera cirugía fue realizada el 12 de noviembre de 1935. Se trataba de una mujer de 63 años que sufría de depresión, ansiedad, alucinaciones e insomnio. Dos meses después de la intervención, fue evaluada por un psiquiatra quien señaló que la ansiedad y la inquietud de la paciente declinaron, además de observar una marcada atenuación de los rasgos paranoides. Posteriormente lo practicaron en 20 individuos, los que, en su mayoría, presentaban cuadros clínicos como esquizofrenia, ciclotimia y ansiedad. En cuanto a los resultados obtenidos: siete se recuperaron, siete mejoraron y seis no experimentaron ningún cambio. 14 años después, Moniz y Lima ganaban el premio Nobel.

No todo el mundo estuvo de acuerdo con la lobotomía, hubo protestas y rechazos, pero el procedimiento, estimándose que se llegaron a realizar **400.000 lobotomías en todo el mundo** aunque su expansión y notoriedad mediática se dio de la mano de Walter Freeman, neurólogo de la Universidad George Washington.

Walter Freeman

Freeman no sólo era médico sino un dotado de una **gran seguridad en sí y con un histrionismo publicitario significativo.** En su apogeo, llegó a practicar dos lobotomías en simultáneo, una con cada mano, y desarrolló lo que se dio en llamar **“lobotomías industriales” o “en cadena de montaje”.** Un testigo cuenta que “le llevaba no más de 10 minutos, el Dr. Freeman no salía del consultorio, los pacientes entraban uno detrás de otro”. Llegando a realizar más de 2500 lobotomías en unas dos décadas de trabajo.

En junio de 1937, en la reunión anual de la Asociación Médica Americana, Freeman y su colega, James W. Watts, pre-

sentan los datos de 20 pacientes sometidos a lobotomía. Trece de estos 20 pacientes mejoraron notablemente luego del procedimiento. Como ejemplo, describen el caso de un ama de casa de 63 años, con un cuadro de ansiedad y agitación progresivas de años de evolución, a quien la lobotomía mejora significativamente su calidad de vida lo que le permitió *“llevar adelante las cuentas y tareas del hogar, gozar de las relaciones sociales, concurrir al teatro y conducir su propio auto”*.

Freeman y Watts, en 1942, mejoraron el método de Eggar Moniz, con la lobotomía de precisión. Para ello, comenzaron realizando cambios en los ángulos de entrada y **usaron contraste yodado y rayos X** para marcar el lugar donde realizaban la lesión. Marcaban el cráneo y se guiaba el bisturí mediante un pantallazo de rayos X. De ese cuidadoso modo, Intentaban encontrar el mejor plano de sección, inyectando material de contraste en la incisión para revelar, mediante los Rayos X, por donde iba el trayecto de los cortes y comparar los distintos resultados en función del área lesionada. Para completar el avance, idearon el **leucotomo de precisión**. Este nuevo adminículo era un estilete plano que insertaba a través de agujeros laterales a nivel de la sutura coronal y que se movía en el plano vertical para seccionar las proyecciones frontales en el plano deseado. Con un segundo instrumento como se profundizaban esos cortes. Luego, se repetía el mismo procedimiento en el lado contralateral.

Freeman **realizaba autopsias a los pacientes fallecidos tras haber sido sometidos a este procedimiento y apreció degeneración de distintas áreas del tálamo**, lo que le llevó a creer que esta estructura era el centro de la experiencia afectiva y que **la sección de las conexiones frontotalámicas durante la intervención era el factor más importante para liberarse de las exageradas emociones que sufrían los pacientes**. De acuerdo a cuánto separaban los lóbulos frontales del tálamo, a cuánta sustancia blanca se cortaba, **estaba la leucotomía**

prefrontal mínima, estándar o radical. Se realizaba una u otra dependiendo de la dolencia del paciente, si por ejemplo la clínica predominante era afectiva, llevaba a cabo la lobotomía mínima, mientras que si se trataba de una esquizofrenia o si las técnicas anteriores habían fracasado, realizaba la radical.

La ambición de Freeman fue tal que terminó espantando a su compañero, ya que, al agarrarle confianza a la técnica, Freeman las terminaba haciendo sin asepsia adecuada y sin una monitorización perioperatoria. **El entusiasmo megalómano de Freeman lo lleva a perfeccionar, en 1946, la lobotomía transorbitaria** (planteada inicialmente por otro italiano, Fiamberti), o “**lobotomía con picahielo**”. Básicamente introducía con un golpe de martillo este punzón a través del techo de la órbita y seccionaba de ese modo las fibras nerviosas. Si antes era un procedimiento quirúrgico de baja complejidad, ahora se volvía en una práctica rápida, **prescindiendo de quirófano o anestesia general y durmiendo al paciente con dos descargas de electroshock (dos tratamientos en uno).**

El terreno de candidatos se amplió con los **soldados que volvían de la II Guerra Mundial.** El Ejército, desbordado por la demanda de los familiares para que los ex combatientes estuvieran más calmos, preconizaron el uso de la leucotomía, estimándose que unos 50000 soldados fueron sometidos a este procedimiento.

Freeman **recomendaba el procedimiento para una amplia gama de trastornos psiquiátricos, desde psicosis a depresión, desde la neurosis a la criminalidad.** Su teoría no distaba de lo ya planteado por Egar Moniz: la lobotomía prefrontal corta el componente emocional relacionado con las ideas angustiantes y rompe el ciclo vicioso de la preocupación, tensión emocional e imaginación. Esto fue llevado a un punto en que se postuló que la desconexión de la amígdala podía mejorar la agresividad patológica, del hipotálamo las desviaciones sexuales o la obesidad, del cíngulo para la ansiedad y el TOC.

El **canto de cisne de Freeman fue en febrero de 1967**. Ese día, la lobotomía que realizó sumó un punto a la casuística de muerte como efecto secundario: la paciente murió de una hemorragia cerebral. Su carrera se terminó (hablo del médico) pero Freeman vendió su casa e inició un derrotero por los EEUU en una camioneta con cúpula, visitando antiguos pacientes y tratando de probar que su procedimiento mejoró su existencia. Pero no pasó nada.

Los resultados y la evolución de la lobotomía

Los resultados publicados sobre la lobotomía frontal pueden empatar lo que cabría esperar de algún tratamiento actual. Por ejemplo, en un seguimiento de 10.000 pacientes en Inglaterra, el 47% fue dado de alta con mejoría, 25% no cambiaron y sólo 5% empeoraron. En otro estudio, la Comisión de Lobotomía de Conneticut estudió 200 casos: 90% mejoraron algo, 25% marcadamente mejor y 5% no presentaban síntomas.

Una vez más, diremos que los médicos y el público en general apreciaban que **la lobotomía no era tan buena**. De hecho, un paciente cuenta que **el propio Freeman le planteó que con el procedimiento “podía recuperarse, morir o quedar hecho un vegetal”**. En un reporte de aquella época se informó que los **efectos secundarios incluían: muerte, síndrome frontal** (perturbaciones del humor y del carácter, euforia, pobre juicio e impulsividad falta de iniciativa, jovialidad, bromas sin sentido), **perturbaciones de la actividad** (hipokinesia o falta de reactividad al medio), **déficits intelectuales** (inatenCIÓN y distractabilidad), **epilepsia**. Estos efectos secundarios podían llegar al 50%. El estereotipo de las personas sometidas a la lobotomía, las típicas características de frontalidad, de hipoafectividad, desconexión emocional del medio, eventuales reacciones inadecuadas al contexto, etc., todo ese panorama se

verificaba asiduamente, pero en este punto diremos dos cosas: una, que **situándose en la época y tratando de verlo con los ojos de la cultura y sanidad del momento**, éste podía ser un **desenlace totalmente aceptable ante las exacerbaciones sintomáticas incontrolables** o, también es cierto, ante las conductas no ajustadas a los estándares; dos, advirtiendo estas consecuencias, **los médicos procuraron perfeccionar el método y minimizar estas consecuencias**.

Ejemplos de ello son las técnicas “cortical undercutting”, el abordaje o “método abierto”, la variante de implantar electrodos de oro en los lóbulos frontales y producir lesiones electrolíticas.

Luego, **en una segunda etapa de la leucotomía**, se evoluciona en dos sentidos. Primero, con el uso de la **cirugía estereotáctica, en 1947**, lo que permitió una mayor precisión en la estimación la zona a lesionar; y, por otra parte, **alejándose un poco de la sustancia blanca de los lóbulos frontales y procurando enfocar lo más posible en el sistema límbico**. Así surgen, entre los principales métodos, la cingulotomía, la tractotomía subcaudada, la capsulotomía anterior, la leucotomía límbica, la amigdalotomía, hipotalomotomía, talamotomía. Una vez más, si uno lee los informes sobre los resultados de estos métodos, y si se deja de lado la idea de que se está acometiendo contra el cerebro, lo que se obtiene son números aceptables para un tratamiento psicofarmacológico.

Comentarios

1. Como se habrá visto, la mayoría de estos procedimientos resultarían **más exitosos para las patologías cuyo componente afectivo es mayor**. Ansiedades, angustias, tristezas, obsesiones, irritabilidades, pueden mejorar más que otros cuadros, v. gr., la esquizofrenia. (No desconocemos que el TEC se empleó/a para esquizofrenias refractarias o para cuadros cata-

tónicos –que más bien podrían no ser esquizofrenias.) Resulta lógico suponer que estas terapéuticas **consiguen reducir el impacto emocional** asociado a los pensamientos, hacen que los pacientes sufran menos por lo que piensan, que logren desconectarse, o que sientan menos. Podría formularse **algo muy parecido respecto de ciertos tratamientos nuevos**, como el uso de la psilocibina o de la esketamina.

2. Los **diagnósticos** esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo refractarios abundan, pero en igual medida lo hacen las **alteraciones de la conducta o, simplemente, personas que no respondían a las expectativas sociales, académicas o normativas de la época**. Esto no resulta nada raro y ni siquiera podríamos decir que, al día de hoy, lo patológico haya podido despegarse totalmente de esas mismas consideraciones. Muchas de las curaciones toman por ejemplo a mujeres que, en muchos casos, **no se ajustaban al modelo promocionado por la época**. Según ciertos datos no totalmente esclarecidos, habría sido menos el dolor oncológico insoportable que la desaprobación del General de los comportamientos de su esposa, lo que habría llevado a que se le realizara una lobotomía a Eva Duarte en 1952.

3. Apenas hablamos de la **eficacia reportada** de estos métodos terapéuticos. El vaivén de los estudios a favor y en contra –como siempre ocurre con los tratamientos psiquiátricos– ofrece una **gama de respuestas, a la larga no conclusivas** y que, a menudo, depende del punto en que se detiene el péndulo sobre esa gradación de opciones positivas o negativas. La efectividad de los métodos reseñados, más allá de que se puedan discutir su rigurosidad metodológica, su laxitud ética y sus efectos secundarios, respeta lo dicho por Germán Berrios: “[...] *a lo largo de la historia todos los tratamientos*

propuestos en psiquiatría parecieron funcionar de acuerdo a la Ley de los Tercios de Black (un tercio se recupera, un tercio se recupera parcialmente y un tercio no se recupera, dando un porcentaje no desdeñable de recuperación del 66%). Y, tal como también ocurre con los psicofármacos, **un mismo procedimiento podría servir para patologías que se conceptualizan de modo diferente**. Por ejemplo, el TEC podría servir para el Trastorno Bipolar y eventualmente para la esquizofrenia; la leucotomía para la depresión y para el TOC. Esto podría dar cuenta de que hay una inespecificidad, una generalidad terapéutica que atraviesa las fronteras entre los diferentes diagnósticos.

Esto recuerda **un chat entre dos psiquiatras**, uno de los cuales decía que hacía unos años que desapareció el fluspirileno y que era una excelente molécula y el otro le respondió: “–Seeee. Qué molécula! Andaba joya para retrasos mentales y para bipolares.”

4. Tampoco los mecanismos de acción propuestos resultan menos claros que muchos mecanismos de acción de los psicofármacos u otros tratamientos que se usan hoy en día. Lo que a primera vista podría parecer una explicación superficial sobre las razones que se postulan para dar cuenta de por qué funcionan, se comprueba que son **correlativas al método empleado**, son explicaciones ad hoc, y cuyo nivel de profundidad –aunque no necesariamente de rigurosidad–, a menudo depende del nivel de profundización en el tejido corporal del método empleado: se cortan fibras porque esas fibras interrumpen un circuito neuronal hiperactivo (lobotomía), se estimulan zonas de cerebro con electrodos para inhibir la descarga neuronal (estimulación cerebral profunda), se inducen convulsiones porque esto y lo otro. Evidentemente **cada uno de estas cosas algo hacen en el cerebro**. Así también se usan los IRSS porque aumentan la serotonina y modifican la expresión genética de

alguna neurotrofina vinculadas con, digamos, la neurogénesis o la respuesta al estrés. Pero por más que se quiera revestir a la psicofarmacología actual con una gloria conquistadora y basamento para justificar el uso de los fármacos, **lo cierto es que sus explicaciones no resultan suficientes, se quedan cortas**, dan cuenta hasta ahí nomás. Muchas veces uno se pregunta si **no será mejor renunciar al afán de querer justificar todo mediante una ciencia inconsistente o incompleta**. Cuando se quiso enfatizar la necesidad de angostar la brecha entre la investigación básica y su aplicación en la clínica real, dándole el nombre de **medicina –o psiquiatría- traslacional**, más allá de un par de revistas y conferencias esponsorizadas por laboratorios, los resultados siguieron siendo los mismos.

Esto es tan así que **lo más revolucionario de la psicofarmacología actual resultan tratamientos que se habían abandonado hace décadas** (fármacos psicodélicos, estimulantes, cannabis), que atravesaron los años y la obsolescencia, y que tuvieron que esperar que se ablandara la mirada social respecto de ellos al punto que hoy se automedican con cannabis personas que abiertamente declararían estar en contra de los consumidores de drogas.

Quizás termine ocurriendo lo mismo con las escisiones de sustancia blanca, gracias a algún sutil cambio de nombre, alguna justificación actualizada y un dedicado marketing de respaldo.



NEURO
BALANCE

El primer comprimido digital
que reconfigura tu red neuronal,
devolviéndote el control a vos.

VOLVÉ A SER VOS MISMO

LIBRE

No más pastillas todos los días y sus desagradables efectos adversos.

MÓVIL

No más largos viajes a consultorios, y molestas esperas inútiles.

PRECISO

La app AINB se regula remotamente desde tu propio dispositivo móvil.

INMEDIATO

Podés acceder a tus registros online y compartirlos en tiempo real.

ILIMITADO

ChatGPTtherapy disponible las 24hs para tus consultas.

CONSULTANOS:



Entrevista a Joanna Moncrieff

Una vez más, la Dra. Moncrieff, responde con calidez y amabilidad a la invitación de escribir para Atlas. Nos interesaba plantearle algunas preguntas luego de que se publicaran un par de artículos de los que es coautora (Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. Epidemiol Psychiatr Sci. 2022 y The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Mol Psychiatry 2022). Ambos artículos produjeron alguna variante del pataleo declamatorio entre psiquiatras locales y extranjeros y, nos resultó interesante que se generara ese revuelo ya que indicaba que se estaba tocando alguna fibra cara a la sensibilidad psiquiátrica y al modo en que esta especialidad tiende a sentirse particularmente cuando se cuestiona alguno de sus principios.

ATLAS: Aunque los artículos sobre el rol del litio en la prevención del suicidio o el de la teoría serotoninérgica de la depresión fueron publicados recientemente, tu interés en revisar estos conceptos y teorías, y otros similares, acerca de los tratamientos psicofarmacológicos estuvo presente en tu trabajo por décadas, ¿por qué o cómo se originó su interés?

MONCRIEFF: Mi interés por los psicofármacos se origina cuando era una psiquiatra recién recibida, debido a la escisión entre lo que leía en los textos de psiquiatría y lo que observé sobre el modo en que estos fármacos afectaban a las personas. Los libros proclamaban a los antipsicóticos como tratamientos milagrosos para la esquizofrenia, por ejemplo, pero, en cambio, yo veía personas que estaban tranquilizadas y químicamente pacificadas. Los libros describen los antidepresivos como tratamientos específicos para la depresión, que actúan sobre los mecanismos neuroquímicos que producen los síntomas, pero yo no estaba convencida de que tuvieran ningún tipo de efecto. **Sí, algunas personas a veces se sentían mejor después de tomar antidepresivos, pero a menudo no, y en los casos en que se sentían mejor había otras explicaciones obvias, tales como cambios que habían hecho en sus vidas.**

Quizás se conectaba con mi sentimiento de larga data acerca de que **los trastornos mentales no son enfermedades biológicas sino situaciones humanas problemáticas.** El hecho de que los fármacos hicieran efecto en las personas con problemas de salud mental ha sido siempre una de las justificaciones centrales para considerar a estos trastornos como condiciones patológicas con una base biológica, pero esto depende de la asunción de que los fármacos funcionan porque inciden sobre los procesos biológicos que producen los síntomas. Por lo que me di cuenta que desafiar esta asunción era una forma de desafiar la idea de que los trastornos mentales son cuadros médicos como los de cualquier otra especialidad.

Mientras seguí trabajando en este campo, se me hizo evidente que había cientos de personas que habían sido dañadas por el uso de los psicofármacos, por lo que mi motivación se ha vuelto en parte la procura de reducir el daño que estos fármacos pueden producir e informar a las personas acerca de estos daños y sobre la naturaleza de estos fármacos y cómo hemos sido engañados acerca de ellos. **En otras palabras, se**

ha convertido en un tema de interés para la salud pública y para el empoderamiento de las personas, para que tomen decisiones mejor informadas acerca de su salud mental.

ATLAS: Teniendo en cuenta las observaciones que realiza en los artículos mencionados, ¿cuál es el rol de la psiquiatría hoy en día? ¿Cuál sería el objeto de estudio de la psiquiatría?

MONCRIEFF: Un buen cirujano trata de evitar la cirugía en tanto sea posible porque son inherentemente peligrosas, pero sabe cuándo son realmente necesarias. De la misma manera, pienso que los psiquiatras pueden ayudar a las personas para que eviten tomar fármacos dañinos, para que encuentren opciones no médicas de enmarcar sus problemas, que enfoquen en soluciones no médicas, y recetar fármacos de la manera más limitada posible en situaciones cuyo uso es inevitable.

Creo que la vasta mayoría de los problemas que se presentan en los servicios de salud mental no deberían ser entendidos como problemas médicos, y necesitamos una campaña de educación pública para desmedicalizar estas situaciones. Pero mientras tanto, los psiquiatras pueden cumplir un útil rol en prevenir que las personas comiencen una carrera como pacientes y usuarios crónicos de la medicación psiquiátrica.

También hay una necesidad de que los profesionales manejen problemas de salud mental severos, como trastornos psicóticos, que hacen que las personas se comporten de maneras que ponen en riesgo su propia seguridad y la de terceros. Hay un lugar para profesionales médicamente entrenados -en otras palabras, psiquiatras- en estas situaciones, en parte por la necesidad, a veces, de utilizar fármacos modificadores de la conducta. Sin embargo, es necesario que se reconozca que es esencialmente una actividad de control social que requiere un escrutinio democrático y una clara justificación.

¿Cuál es el objeto de estudio de la psiquiatría? ¡Buena pregunta! **Creo que si nos alejamos de la psiquiatría y la miramos con claridad veremos que implica el manejo de ciertos problemas sociales complejos.** Estos incluyen la manera en que nosotros, como sociedad, proveemos la atención para las personas que lo necesitan, cómo autorizamos el ausentismo laboral (how we license absence from work) y cómo manejamos ciertas formas de conducta disruptiva. El estudio de la psiquiatría debería incluir el entender cómo y por qué esos problemas se originan y cómo pueden ser manejados de una manera responsable, transparente y democrática.

ATLAS: Teniendo en cuenta los tratamientos psicofarmacológicos, ¿cuál es el rol que piensa que debería tener para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos? ¿Cuál sería la lógica de su uso?

MONCRIEFF: Necesitamos reconocer que los psicofármacos son medicamentos que modifican estados emocionales normales y que cambian conductas y sentimientos normales. **Las alteraciones producidas por algunos psicofármacos pueden ser útiles en algunas situaciones.** Por ejemplo, los antipsicóticos suprimen emociones y enlentecen pensamientos y, al hacer esto, pueden reducir la intensidad de los síntomas psicóticos, como los delirios, alucinaciones y el malestar asociado con estos síntomas. Las benzodiacepinas producen un estado de relajación física y mental que puede ser útil si alguien está con un incremento del arousal, agitado o con malestar. Cualquier fármaco con propiedades sedativas puede reducir conductas maníacas o de excitación psicomotriz. Por lo tanto, tenemos que pensar cuidadosamente acerca de cuál es el problema que necesitamos tratar y qué efectos inducidos por los fármacos pueden ser útiles por las dificultades de cada individuo en particular. Además, necesitamos balancear cualquiera de los efectos que pensamos que podrían ser útiles con los

efectos dañinos que los fármacos podrían producir. También necesitamos entender cómo los fármacos afectan el cuerpo y el cerebro cuando se los usa al largo plazo (por ejemplo, más de unos pocos días).

Los psicofármacos tienen muchos efectos adversos reconocidos que ocurren cuando las personas los toman, pero algunos también producen efectos adversos persistentes, lo que sugiere que los cambios cerebrales que éstos inducen no se normalizan simplemente cuando se los deja de tomar. Los síntomas de abstinencia prolongados de las benzodiacepinas y de los antidepresivos, o la disfunción sexual persistente luego de la discontinuación de los ISRS y, por supuesto, la disquinesia tardía, todo indica que los cambios cerebrales que inducen los psicofármacos a nivel cerebral pueden ser de larga duración.

Por lo tanto, no hay un 'algoritmo', pero cuando disponemos de un mejor entendimiento de los efectos de los diferentes psicofármacos que usamos, podemos empezar a considerar cuándo pueden ser útiles y cuándo esos efectos sobrepasan los efectos secundarios dañinos para la situación particular de un individuo.

ATLAS: Elegir psiquiatría como especialidad puede ser visto, para un estudiante de medicina, como abandonar la psiquiatría, a menudo por la idea de que la psiquiatría carece de una base científica. ¿Qué le diría a un estudiante de medicina para convencerlo de que elija psiquiatría?

MONCRIEFF: Diría que la psiquiatría es diferente del resto de la medicina. Creo que intentar **pretender que es lo mismo que cualquier otra especialidad puede derivar en malos psiquiatras que no entiendan la naturaleza de la actividad en la que se desempeñan.** También diría que **la psiquiatría es interesante por la misma razón, porque se ocupa de asuntos filosóficos, políticos y sociales.** La ciencia aparece cuando se necesita evaluar los efectos de las intervenciones

biológicas (por ejemplo, de los fármacos), y la ciencia social puede ayudar a explicar, hasta cierto punto, la naturaleza de los problemas vinculados con la salud mental. Sin embargo, las artes y humanidades, particularmente la filosofía, la historia y la literatura también son importantes para entender la naturaleza de los problemas psiquiátricos y las maneras en que pueden ser abordados.

Me pregunto qué es lo que realmente está haciendo en la psiquiatría alguien que se sienta desilusionado con el hecho de que la teoría serotoninérgica de la depresión no haya sido probada. Dado que los trastornos mentales no son enfermedades cerebrales, cualquiera que piense lo contrario probablemente se sienta frustrado y probablemente debería elegir otra rama de la medicina.

ATLAS: En el 2016, en The British Journal of Psychiatry se publicó tu artículo “10 libros”. ¿Qué libro estás actualmente leyendo? ¿Qué otros libros, además de los que se recomiendan en ese artículo, recomendaría para la formación de un psiquiatra?

MONCRIEFF: recién terminé de leer “**Al Este del Edén**”, de **John Steinbeck**, que contiene una interesante descripción de la depresión y cómo impacta en la familia. Es también una fábula acerca del “libre albedrío” y la importancia de reconocer nuestra habilidad para tomar decisiones y tomar control de nuestros destinos.

Recomendaría “**Locos como nosotros**” (**Crazy like Us**), de **Ethan Watters**. El capítulo sobre cómo la familia y la comunidad africana apoya a alguien con psicosis es especialmente iluminador. El capítulo sobre cómo la industria farmacéutica introdujo la depresión en Japón muestra cómo la naturaleza y la experiencia del malestar están moldeadas por la cultura y lo fácil que esa cultura puede ser manipulada por intereses creados.

ATLAS: ¿Tenés alguna otra actividad además de la psiquiatría? ¿Algún hobby?

MONCRIEFF: Filosofía, literatura, cine, teatro, caminar, cocinar, jardinería, fútbol, política y bridge.



Una mirada local: Sergio Halsband

Luego de recibir las respuestas de Joanna Moncrieff, nos contactamos con Sergio Halsband, Profesor Titular Regular de Psicofarmacología del Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Presidente honorario del Capítulo de Trastornos del Estado del ánimo de APSA pero, sobre todo, un referente estimado, y le realizamos algunas preguntas para contar con una mirada más cercana.

ATLAS: Recientemente se publicaron algunos artículos sobre el rol del litio en la prevención del suicidio o sobre la teoría serotoninérgica de la depresión. Estos trabajos generaron diversas reacciones y lecturas, ¿encuentra Ud. algún interés en revisar estos conceptos y teorías, u otros similares, acerca de los tratamientos psicofarmacológicos?

S.H.: Es cierto, por suerte hay un desarrollo cada vez mayor de lo que damos en llamar psiquiatría crítica, a diferencia de la anti-psiquiatría que es una pseudociencia dogmática fundada en la ideología. **La psiquiatría crítica está desarrollada por autores que conocen en profundidad la psiquiatría, la psicofarmacología, la estadística y la epistemología.** La más nombrada de ellos es **Joanna Moncrieff** pero hay otros, **David Healy**, **Peter Gøtzsche**, y en cierta medida, **Nassir Ghaemi** aunque este último no llega a posturas extremas. Estos referentes enfrentaron dificultades: a Healy le cancelaron un nombramiento en una universidad por hablar del efecto pro suicida de algunos antidepresivos, Gøtzsche fue expulsado de Cochrane

Collaboration, de la cual había sido fundador, por denunciar la corrupción médica. Esta expulsión motivó una nota de protesta de psiquiatras de todo el mundo. Me cabe el honor de haber sido uno de los firmantes. Ghaemi fue maltratado por una empresa farmacéutica por mencionar estudios negativos de uno de sus productos.

Yendo a los ejemplos planteados en la pregunta, **no está del todo claro qué quiere decir que el Litio es anti suicida.** El suicidio es una conducta compleja, que involucra componentes afectivos, cognitivos y motores. Por otra parte, están la ideación suicida, el plan suicida, las tentativas suicidas y el suicidio consumado. Por eso el término anti suicida es ambiguo. Es cierto que hay estudios negativos del Litio en el suicidio; y en la mayoría de los estudios positivos, salvo uno que lo que discrimina claramente, el llamado efecto anti suicida, observado en Trastornos Bipolares o patologías muy afines, dependería de la respuesta terapéutica, o sea a la mejoría del cuadro afectivo. La otra droga con aparente efecto anti suicida, en este caso en esquizofrénicos, es la Clozapina que tiene un trabajo en el que es más anti suicida que la Olanzapina, con significación estadística, pero un tamaño del efecto pequeño. **Es notable que las dos drogas consideradas anti suicidas requieran controles plasmáticos periódicos. Esto supone que los pacientes deban tener suficiente auto contención o contención externa que garantice la factibilidad de estos controles.**

En cuanto a la teoría serotoninérgica de la Depresión, es cierto que jamás fue demostrada. Hace unas décadas se pensaba que la depresión se debía a una inadecuada elaboración del complejo de Edipo o algo por el estilo, posteriormente se le atribuyó a la serotonina baja. Curiosamente existe un trabajo finlandés, de hace bastantes años, en el que se encontró en líquido cefalorraquídeo un descenso de ácido 5-hidroxiindol acético (metabolito de la serotonina). Pero no se correlacionaba con pacientes depresivos, sino con impulsivos,

alcohólicos y pirómanos.

Tiene poco valor, como se ve, rechazar fármacos o psicofármacos -o las vacunas-, porque hay intereses creados de la industria farmacéutica. Es necesario, en cambio, analizar los trabajos clínicos, revisar la metodología, encontrar los sesgos, sobre todo los sesgos de financiamiento, y así, si corresponde, refutarlos con argumentos científicos.

Con respecto a **los Trastornos Mentales, no son como en otras especialidades médicas.** La Tuberculosis por ejemplo es una entidad natural que se diagnostica con certeza mediante la baciloscopía del bacilo de Koch y tiene tratamientos farmacológicos específicos que eliminan el bacilo. En Psiquiatría, en cambio, no existe este modelo. Los diagnósticos se establecen por el cumplimiento de criterios, por lo general subjetivos, que estipulan en los sistemas clasificatorios para definir un síndrome o trastorno. Y sobre esa base se reclutan los participantes en los ensayos clínicos. **En infectología, los diagnósticos son claros, se tiene una Tuberculosis o una Sífilis o, improbablemente, ambas; pero nunca una enfermedad intermedia entre ambas. La psiquiatría, en cambio, está llena de comorbilidades y zonas grises** como el Esquizo-TOC, la Depresión Ansiosa o los Trastornos no especificados, etc. Los Trastornos Mentales parecen ser construcciones sociales, a veces para beneficios de determinados intereses y otras veces se aproximan más a posibles entidades naturales como el Trastorno Bipolar clásico que ya los antiguos griegos describían bastante bien y que tiene una terapia bastante específica que es el Litio.

ATLAS: ¿Considera que algún día se podrá alcanzar algo así como un CONSENSO TOTAL en lo que respecta a la utilidad, uso, indicaciones, etc., del uso de los psicofármacos?

S.H: Vamos a pensar en el modo de la ciencia ficción, supo-

niendo que algún día se llegue a conocer la etiopatogenia de las enfermedades mentales, que ahora no se conoce, ahí van a pasar dos cosas: primero, una reconstrucción de la taxonomía, que con toda seguridad no va a ser la de las clasificaciones actuales, la biología no tiene por qué seguir al DSM. Segundo, poder diseñar tratamientos específicos, etiológicos, tanto farmacológicos como psicosociales. No veo que estemos cerca de eso.

ATLAS: Además de la prescripción farmacológica, ¿considera que un psiquiatra debería basar su práctica desde una perspectiva social?, ¿debería ser más una especie de psiquiatra-psicoterapeuta?

S.H.: Sin dudas, la situación económica y socio laboral influye notablemente en el estrés, en la producción de patología psiquiátrica y en las posibilidades de recuperación. Por lo que de alguna manera estos factores tienen que estar incluidos en un contexto terapéutico integral. **El psiquiatra, además de prescriptor de psicofármacos, puede ser psicoterapeuta. Aunque es difícil ser bueno en ambas cosas.** Dos consideraciones: la primera es que **el tratamiento farmacológico en estado químicamente puro no existe.** Hay muchos mensajes, mucha comunicación afectiva que se da en el vínculo médico-paciente. Aunque no ejerza la psicoterapia formalmente y esta función la realice otro miembro del equipo terapéutico, **el psiquiatra debe tener empatía y sentido común.** También debe ser respetuoso de las opiniones del paciente, en tanto y en cuanto no lleven a la posibilidad de dañar a sí o a terceros. Lo segundo es que mientras la función de indicar la farmacoterapia no puede ser reemplazada, nadie es más idóneo que el psiquiatra, la psicoterapia puede ser ejercida también por psicólogos que reciben una formación de grado en dichas prácticas. Personalmente me siento más cómodo delegando la función de psicoterapeuta en otro profesional.

ATLAS: Respecto de los tratamientos psicofarmacológicos, ¿qué función tendrían para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos? ¿Considera que modifican efectivamente alguna alteración biológica putativa relacionada con el desarrollo de los trastornos psiquiátricos?

S.H: Desde el momento en que se desconocen las supuestas alteraciones biológicas que subyacen a la enfermedad mental no podemos afirmar que los psicofármacos actúan de manera directa sobre ellas. Hay diversas teorías que parecen inferir el sustrato biológico del mecanismo de acción primario de algunos psicofármacos, como en el caso de la teoría serotoninérgica de la depresión, la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia, etc. Pero que no conozcamos esos presuntos mecanismos no significa necesariamente que no existan. Tal vez un día se vayan descubriendo y eso permita diseñar psicofármacos específicos como lo son los antibióticos a las enfermedades infecciosas. **Actualmente sí podemos decir que disponemos de psicofármacos útiles y, aunque su efectividad tenga límites, muchas veces los podemos usar cuando tenemos una relación costo-beneficio favorable.**

ATLAS: Elegir psiquiatría como especialidad puede ser visto, para un estudiante de medicina, como abandonar la medicina, a menudo por la idea de que la psiquiatría carece de una base científica. ¿Qué le diría a un estudiante de medicina para convencerlo de que elija psiquiatría?

S.H.: No es que la psiquiatría carezca de base científica, su base es más blanda que en otras especialidades. No nos olvidemos que **no hacemos diagnóstico etiológico sino sindromático** sobre la base de los criterios de manuales diagnósticos que son establecidos a veces con influencias de intereses extra científicos; prácticamente no hacemos test objetivos, es decir muchos síntomas y pocos signos. **Yo no trataría de conven-**

cer a nadie que siga psiquiatría, la elección es vocacional e independiente de los fundamentos científicos. Cuando era estudiante ya estaba inclinado a seguir psiquiatría, cursando las materias hospitalarias nos enseñaron buena semiología, a hacer medicina con las manos. Era muy malo en eso, podía palpar un hígado inflamado tres traveses de dedo pero no más que eso, hacíamos cola frente a las camas de cada paciente e intentábamos palpar. Un día un paciente me dijo: “Sabe una cosa, usted es el único que me saludó y me preguntó si me molestaba lo que me estaba haciendo”. Tenía esa costumbre, para mí era natural tener ese trato con los pacientes, pero a mí ese evento me terminó de convencer. La psiquiatría tiene un atractivo especial, muchos médicos de otras especialidades se pasan a la psiquiatría, pero el proceso inverso es mucho más raro.

ATLAS: ¿Qué libro está leyendo? ¿Qué libros recomendaría para la formación de un psiquiatra?

S.H: Estoy releendo “**El espejismo de Dios**” de **Richard Dawkins**, biólogo evolucionista y filósofo ateo contemporáneo. A los que van a seguir psiquiatría les recomendaría “**Psiquiatría. Conceptos**”, de **Ghaemi**, para psicofarmacología la “**Psicofarmacología esencial**” de **Stahl**, conviene que conozcan una versión resumida del DSM 5 que, aunque sea muy objetable, hay que conocer. Para psiquiatría crítica el clásico es “**El Mito de la cura química**” de **Joanna Moncrieff**. Y si quieren ser modernos lean los clásicos de **Henry Ey y Kraepelin**.

ATLAS: ¿Tiene alguna otra actividad además de la psiquiatría? ¿Algún hobby?

S.H: Me gusta viajar, la música clásica, el ajedrez y el bridge.

Nutricéutica
Suplementos

L-Mental

Micronutrientes de amplio espectro
y adaptógenos para tu Salud Mental

ADHD
Depresión
Ansiedad
Insomnio

Stress
Energía
Concentración
Memoria

Recomendado
por expertos:

*"La mejoría con los
suplementos supera
o iguala la alcanzada
con muchos
psicofármacos".*



Dr. J. Watson, Baskerville University, PhD

PERFILES:

Telémaco Susini (1856-1936)

Marcos Zurita



Todas las cosas que no tienen nombre vienen a nombrarse en mí

Telémaco Susini nació el 27 de enero de 1856, en Buenos Aires, bajo el signo de acuario. Si el nombre designa un destino, la vida de Telémaco es una huella preseteada. De origen griego, la etimología de “Telémaco” se relaciona con aquel que “combate

de lejos”. En su versión literaria más famosa, Telémaco es el hijo de Ulises y Penélope. No sabemos si Carolina, la madre de nuestro Telémaco, le tejía a su marido largas bufandas en invierno que destejía en verano, pero existe el dato de que el Ulises de nuestro Telémaco fue a pelear la Guerra de la Triple Alianza y nunca volvió.

Iluminado y Eterno, enfurecido y tranquilo

Telémaco Susini estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires. Por su posición fuertemente anticlerical, fue acusado de anarquista y de participar en la quema del Colegio de El Salvador. Esa vertiente de su vida desemboca en el libro **“Los problemas sociales y la Iglesia Católica”**, una conferencia dictada en Córdoba, editada en 1919 al calor de la Reforma Universitaria en el tercer acto de su vida.

El libro es de fácil acceso gracias a que en octubre de 1968 alguien lo ingresó en la universidad de Toronto y años más tarde otro alguien lo escaneó y compartió. El prólogo, que suponemos era la presentación de la conferencia, fue escrito por Saul Taborda, un hijo de estancieros cordobeses, pedagogo, crítico de Sarmiento (planteaba un modelo más nacionalista que eurofílico) y que tuvo que dejar la rectoría del Colegio Nacional de La Plata por “anarquizador” justo un año después de decir las palabras de este prólogo. Colma sus palabras de elogios leudantes; llama a Telémaco “explorador de la verdad en la noche del prejuicio”, resalta que “a la edad en que otros gruñen en las sombras, él apostrofa a pleno sol” y sin alejarse de las llamas, nos regala una imagen *rammsteiniana* que aporta alguna contradicción con el tema de las únicas iglesias que iluminan: “el nombre de Susini flota en los ensueños arrebatados y generosos de los adolescentes, como dos alas de fuego saludable y purificador prendidas a los flancos de un convento”.

Luego de semejante presentación, la voz de Telémaco despliega una posición política decidida, alejándose de las acusaciones de anarquista. Dice que se puede servir a la Patria en cualquier partido excepto dos: el clerical y el anarquista. Rechaza la violencia que no construye. Y rechaza la violencia que somete a las personas proveniente de lo que llama “industrialismo religioso” que “crea un Dios interesado, pedigüeno, vengativo, cruel, incapaz y desagradecido” al que contrasta con la moral de Cristo. El resto de las 60 páginas que dura la conferencia, Telémaco las discurre en la coyuntura, aconsejando a la juventud de que no se deje engañar por la Liga Patriótica ni la Unión Católica Popular, a la que describe como un acto de mimetismo solidario para poder atacar “como lo hacen tantos depredadores en la naturaleza”. Cierra con un llamado a que el pasado entierre los muertos y los jóvenes se abracen a “la paz de la armonía social en todos los ámbitos de la Tierra”, palabras que bien podrían ser su propia versión mimética al discurso clerical.

La Tesis

Telémaco Susini escribe su tesis doctoral en 1879, mientras Avellaneda ejercía la presidencia, Julio A. Roca conquistaba (a los pueblos que habitaban en) el desierto, José Hernández editaba *La Vuelta de Martín Fierro* y Dostoyevski *Los hermanos Karamázov*. La titula “Contribución al estudio del empacho”.

En la introducción dice: “La enfermedad que me propongo estudiar i para la cual pido reconocimiento del derecho de domicilio en los cuadros de Nosología, es una de las más frecuentes a la par que una de las más graves de aquellas que se observan en la infancia”.

A los ojos de nuestros días, suena exagerado llamar

así al empacho y sospechamos que en el siglo XIX también porque Telémaco rápidamente argumenta que “hallándose el organismo en plena evolución, las causas que lleven a un ataque a las funciones de nutrición, por más insignificantes que sean, tienen por resultado forzoso que traducirse en obstáculos al desarrollo normal; i de ahí su gravedad”.

La tesis se cuadra en la confluencia del modelo evolucionista y la teoría de la degeneración, pero le agrega una perspectiva política: pueblos malnutridos, mal desarrollados desde lo orgánico, son pueblos mal desarrollados intelectualmente. Dice “Haría más por la felicidad del país el gobernante que haga algo en beneficio de la alimentación de la infancia, que aquel que descubriese los mejores principios constitucionales, porque la libertad no puede reposar en ciudadanos de pobreza intelectual y orgánica”.

Suena lógico, pero a la luz de nuestro tiempo “saludable” es evidente que menos grasas trans no generan generaciones de intelectos brillantes.

Un paréntesis. La tesis, de 144 páginas, tiene un estilo directo y consistente, apelando a las referencias bibliográficas al pie de página, referencias importantes y oportunas, o sea: pocas. Toma lo dicho anteriormente sobre un tema para evitar el trabajo de profundizar ahí y poder desarrollar lo propio, lo nuevo para decir. No teme hacer propuestas prácticas ni comentarios clínicos (“no debe apresurarse demasiado en hacer caminar al niño, se le debe dejar arrastrarse por el suelo i levantarse solo: debe desecharse, pues, el uso de andadores i cochecitos”). Utiliza un lenguaje llano sin dejar de ser científico. Es científico por la dinámica del pensamiento y no por el esqueleto seco de los formatos. Leer estos textos científicos y leer un texto científico actual nos sumerge en una profunda emulsión melancólica, en

un flotar en el vacío del gap entre los coletazos de la ilustración y los graznidos de la idiocracy.

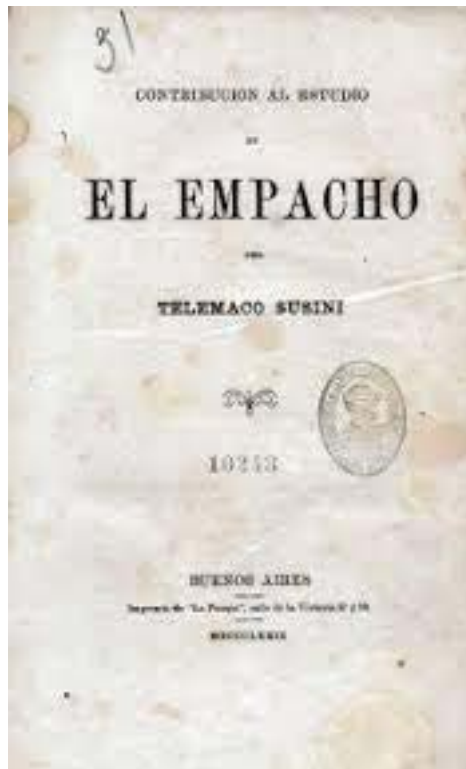
Fin del paréntesis.

Promediando la tesis hace su aparición el objeto de estudio. Dice Telémaco: “El vulgo la llama empacho. Creemos que esta palabra no quiere decir nada, por eso la aceptamos hasta tanto una patogenia mejor fundada de estas alteraciones indique la clasificación que se merece”. Luego viene un esfuerzo por ubicar como enfermedad a un cuadro que no es muchas cosas. No es gastritis, no es indigestión, no es dispepsia, etc.

Hay un espíritu reivindicativo. El empacho ha dejado de ser una causa de defunción en 1872, cinco años antes de la publicación de la tesis. Y no es que no se mueran de empacho más niños, dice, sino porque “la estadística no se hace tal como es, sino como se quiere”.

Lo último para decir sobre la tesis del Empacho es que en la parte de tratamientos, nada dice de “tirar el cuerito” o curar con la cinta. Telémaco indica para los casos graves el uso de opio. En niños de 3 a 4 meses, propone una gotita por día. Aclara: “es cierto que es un medicamento peligroso para la primera infancia, pero ante el peligro resultante de la enfermedad que apura a proceder rápidamente, debe hacerse a un lado el temor...”. Otro tratamiento son los “baños en mostaza i otros escitantes, los mejores son el vino con el amoníaco”.

Si se sienten con ganas de leer la tesis entera, se puede bajar de la página de la Facultad de Medicina de la UBA.



Vueltas por el Universo

Una vez defendida su tesis, partió a la Francia, donde estudió junto a Pasteur y Koch. Las eminencias europeas buscaban una vacuna contra el Anthrax y mandaron al gaucho a investigar el reservorio animal de la enfermedad. Imaginamos un almanaque de Molina Campos con ovejas y microscopios en el laboratorio. Pero Telémaco, como vimos, era un hombre que gustaba desplegar su pasión en lo colectivo, en los agentes grandes y no los pequeños, así que abandonó, probablemente aburrido, los laboratorios europeos y volvió al país para casarse y tener 11 hijos. El primogénito fue un pionero de la radio, también médico, otorrinolaringólogo, y sometió a Caruso, María Callas y Gardel a un tratamiento de su invención que consistía en una especie de masajeador que provocaba una fuerte vibración en las cuerdas vocales.

Mientras procrea, se incorpora a la docencia en la Facultad de Medicina. Funda el Museo de Patología.

Un último recorte de la vida de Telémaco: siendo director de la Asistencia Pública, estableció un sistema de guardias con ambulancias tiradas a caballos que debían estar listas para salir como mucho 4 minutos después de recibido el llamado vía telégrafo. Propuso que durante el día los médicos hagan guardia de dos horas (sí, dos horas, no falta un dígito) junto a los practicantes y por la noche sean los practicantes quienes estén a disposición (hay cosas que nunca cambian).

En 1936, a los 80 años, Telémaco deja de apostrofar y corre a confirmar si algo de lo dicho por el industrialismo religioso era cierto o no.



¿Y si este 2023 invertís en vos?

ESPECIALIZACIÓN EN ANGUSTIA

*Curso bi-anual teórico-práctico.
Modalidad 100% virtual.*

- Angustia en la adolescencia
- Angustia perinatal
- Angustia en la tercera edad
- Angustia existencial
- Angustia en la psicosis
- Angustia normal y patológica
- Y sus abordajes terapéuticos!

Inscripción abierta!
Matrícula bonificada!

Neurociencias al alcance de todos



Mindlesness.com.ar



Las Puertas de Tannhäuser

El cine bajo la influencia

Andrés Rousseaux



Seamos honestxs, la psiquiatría como rama de la medicina no tiene la mejor de las publicidades. Según el cine norteamericano, o bien somos monstruos (con cierta tendencia al canibalismo), o bien nos garchamos a todas las personas que atendemos. Otra dicotomía se establece entre el profesional que no escucha a sus pacientes y basa absolutamente todas sus decisiones (aún las personales) en papers actuales, y el que se zarpa en hippie y prescribe en

función de la borra del café.

Nada de lo anterior es nuevo y quedará para otra puerta recorrer estas dicotomías. En esta edición, iremos por el camino más conocido, que es la influencia de la industria en la medicina. Y para ser más obvio, utilizaremos el libro “Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform” de Robert Whitaker y Lisa Cosgrove y la película “Side Effects” (“Terapia de riesgo”, 2013) protagonizada por Jude Law y dirigida por Soderberg. Más pocho no se consigue.

¿Cuánto cuesta la felicidad?

La cosa arranca así: tras pasar cuatro años encerrado en prisión y cumplir su condena por tráfico de influencias, Martin Taylor (Channing Tatum) regresa a casa y encuentra a su esposa Emily (Mara Rooney) a punto de suicidarse. Si se preguntan qué es el tráfico de influencias, es cuando una persona con influencias reales o simuladas, recibe, hace dar o prometer para sí o para un tercero, donativo, promesa o beneficio con el fin de interceder ante un funcionario público que ha de conocer o conoce un caso judicial o administrativo. White people problems.

Consultan con el Dr. Jonathan Banks (Jude Law), quien teme que vaya a suicidarse, por lo cual Jonathan se pone en contacto con la Doctora Victoria Sieberts (Catherine Zeta Jones), su médica anterior, a fin de recabar información. Pero la cosa es más compleja, porque el Dr. Banks participa de un estudio con antidepresivos por el que recibe un generoso peculio. Por supuesto, es el medicamento que le prescribe a Emily. La medicación en cuestión se llama Ablixa (cualquier

similitud con Mentalisima es pura casualidad) y su principal efecto adverso es el sonambulismo. Todo empieza a marchar bastante bien en la vida de Emily. Hasta que acuchilla al esposo.

Si bien la influencia de la industria farmacéutica en la APA (American Psychiatric Association) se hizo mucho más pronunciada después de la publicación del DSM-III, el dinero de las compañías farmacéuticas ya estaba fluyendo hacia la APA antes de ese evento fundamental. Con la introducción de la clorpromazina en 1954, se inicia lo que a menudo se llama hoy “revolución psicofarmacológica”. Durante la década siguiente, a medida que las compañías farmacéuticas lanzaban nuevos medicamentos psiquiátricos al mercado, inundaron el American Journal of Psychiatry y otras revistas psiquiátricas con anuncios. El dinero de la industria ahora estaba reforzando a la APA. Se llegó a un punto tal que en 1974 los miembros de su directorio expusieron su preocupación: “Las relaciones de la APA con las compañías farmacéuticas estaban yendo más allá de los límites del profesionalismo y estaban comprometiendo nuestros principios”. Como consecuencia, la APA formó un grupo de trabajo para estudiar cuál sería el impacto en sus operaciones si perdiera dicho apoyo farmacéutico. El grupo concluyó que sin el dinero de la industria, muchas organizaciones locales de APA y varios programas de capacitación se cerrarían. Enfrentada a esta realidad, la APA, en lugar de buscar reducir sus relaciones con la industria, decidió expandirlas, anunció que la “obtención de subvenciones y contratos para apoyar los programas necesarios” debería ser una “máxima prioridad”. Esta decisión valió la pena rápidamente para la APA, ya que las subvenciones que recibió aumentaron de \$294,842 en 1976 a \$1.36 millones en 1980.

Volvamos a Emily. Al parecer, había cometido el acuchillamiento en (ta tan ta tan) ESTADO DE SONAMBULISMO. No obstante, es enviada al tribunal. Poco después Jonathan quiere asegurarse de que se la mantenga despierta y decirles a los miembros del jurado que Emily se había quedado despierta toda la noche por haber tomado el nuevo medicamento recetado por la Dra. Siebert y no por él. Entonces el ministerio fiscal y sus colegas le dicen que no la enviarán a la clínica, siempre y cuando tome los medicamentos y regrese a la terapia con el psiquiatra, pero si falla, la meterán a la clínica. Soderbergh no leyó la 26657.

Con la adopción definitiva de un modelo de enfermedad en el DSM en 1980, la APA proporcionó a la industria una nueva y poderosa razón para cortejar a la profesión con sus dólares. Es imposible identificar el porcentaje exacto de los ingresos anuales de la APA que provinieron directamente de la industria farmacéutica desde entonces. En varias ocasiones en sus informes anuales, la APA proporcionó una cifra: el 29 % de los ingresos anuales provino de la industria en 2000; un porcentaje igual en 2006; y luego cayó al 21% en 2008. Sin embargo, esas cifras no capturan las formas indirectas en que el dinero de la industria fluyó hacia la APA o apoyó sus actividades. Por ejemplo, las compañías farmacéuticas pagaban regularmente los gastos de los psiquiatras que llegados del exterior para asistir a la reunión anual de la APA, y aunque esto beneficiaba a la APA, ya que aumentaba el número de personas que asistían a la conferencia y pagaban la tarifa de la conferencia, los dineros para viajes de las compañías farmacéuticas iban a los psiquiatras individuales y, por lo tanto, no aparecían en los libros de la APA como una subvención directa de la industria. Además, en 1991, la APA creó una filial sin fines de lucro, la American Psychiatric Foundation, que recibió

subvenciones de compañías farmacéuticas y otros donantes para financiar programas de “difusión pública”.

¿El drama del Psiquiatra Engañado?

Poco después de la absolución, Jonathan toma nota de unas discrepancias en las declaraciones de Emily. Por ejemplo, una supuesta compañera llamada July, de la cual Emily dijo que le había recomendado el medicamento, no existe. O al ir a la oficina de Emily, su jefa le repite la misma frase que ella repetía respecto a la depresión, y descubre que fue extraído de una novela. O que, saliendo de la oficina laboral de Emily, ve repetidamente en la recepción, vídeos publicitarios de pruebas de accidentes de autos con el nombre July. Incluso, al ser despedido del estudio, se le informa que las acciones del laboratorio que produce el medicamento cayeron un 30% y que muchas empresas relacionadas, por el contrario, ganaron por información privilegiada. Guiño guiño al comienzo de esta historia.

Al querer recobrar su reputación, Jonathan pronto concluye que Emily había intentado suicidarse para matar a su marido. Mientras busca pruebas desesperadamente, la presión se intensifica: su mujer lo abandona, sus compañeros de consultorio le quitan la cooperación y la empresa lo despide. Confronta a la Dra. Siebert con sus sospechas, averiguando que la doctora y Emily tienen una relación. Asimismo, Jonathan construye en Emily, estando hospitalizada, una percepción negativa de la Dra. Siebert, para que ella le confiese la verdad detrás de todos los hechos. Claramente Jonathan no leyó a Freud.

La trama de fondo de Emily es que, tras una vida del lujo

con su marido, no estaba dispuesta a acostumbrarse a una vida normal por culpa de los errores de su esposo y por ello tramó con su primera psiquiatra el asesinato de su marido. Además, enamorada de Emily, la Dra. Siebert usó la misma técnica por la que el marido de Emily fue puesto en la cárcel, información privilegiada a empresas que cotizan, manipulando las especulaciones respecto de las acciones de Ablixa para ganar dinero, generando dos cuentas en paraísos fiscales, uno en Dubai y otro en las Islas Caimán que, luego de los juicios y la internación de Emily, ambas disfrutarían. Si lo dejaban Sodebergh filmaba una escena final con moto yendo hacia el amanecer.

A pesar de todo, Emily sale del hospital psiquiátrico y por recomendación de Jonathan pasa la junta médica. Luego, ella va a la casa de la Dra. Siebert para confirmar lo planeado. La graba como confesión, pelean y en un intento de salida, es arrestada por los cargos de conspiración por homicidio y tráfico de influencias por información privilegiada a empresas cotizadas para beneficio personal.

Emily, retorna al consultorio de Jonathan, quien la trata como paciente en riesgo recetándole medicamentos más duros para enfermos de alta gravedad, a lo que ella se enfurece confesando que todo lo hizo a conciencia e inteligencia para no tener ese trato y negociando el dinero que tenía en paraíso fiscal. Por lo que, al ser ignorada, sale corriendo de la oficina, en donde es puesta en evidencia ante la justicia y la madre de su marido, quien la abofetea. Después de eso, ella corre hacia la calle, tratando de tomar un taxi. Llega la policía y la detienen antes de que se saliera de control, volviendo al encierro en el hospital psiquiátrico, donde se la ve como sedada permanente deambulando en la sala diciendo que todo está bien. Un final bien foucaultiano.

Stranger than Fiction

La psiquiatría es solo una parte de la Salud Mental, que sería el campo interdisciplinario donde se abordan, estudian y tratan los padecimientos mentales. Decir que todo el campo de investigación es corrupto porque una de sus partes lo es (siendo optimista, parcialmente) sería una falacia. Seguramente habrá grupos de investigación en psiquiatría que no reciban fondos de la industria farmacéutica o en caso de recibirlos, se manejen con la ética necesaria para no variar resultados para mantener subvenciones. Pero esos grupos no son los que tienen mayor publicidad del impacto de sus logros.

Solo para citar dos ejemplos, tengamos en cuenta que la Ritalina había sido durante mucho tiempo el tratamiento de elección, pero era un fármaco antiguo, sin patente y, por lo tanto, no había un flujo fuerte de dólares de la industria para promocionar este producto. Luego, en 1996, Shire obtuvo la aprobación de la FDA para Adderall como tratamiento para el TDAH. Se lanzaron al mercado otros medicamentos nuevos para el TDAH, y con estos medicamentos bajo protección de patente, sus fabricantes ahora tenían millones de dólares en publicidad para gastar. Patrocinaron simposios en conferencias de la APA; llenaron el Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (y otras revistas psiquiátricas) con sus anuncios; y le pagaron a Biederman y a otros psiquiatras infantiles para que sirvieran como formadores de opiniones. Desde 1996 hasta 2011, Biederman recibió honorarios por conferencias, honorarios por consultoría y fondos para investigación de más de 24 compañías farmacéuticas. Su lista de clientes incluía a Shire, Janssen y Eli Lilly, que vendían respectivamente Adderall, Concerta y Strattera, tres de los medicamentos

para el TDAH más populares.

Después de la publicación del DSM-III, Upjohn se movió para obtener la aprobación de Xanax (alprazolam) para el trastorno de pánico. Esta empresa de nombre nórdico es una vieja y emblemática compañía que fue adquirida por Pharmacia en 1995 que posteriormente fue comprada por Pfizer en el 2002. La industria farmacéutica no prestó mucha atención a los otros diagnósticos para esta prescripción, ya que eran demasiado nuevos o demasiado pequeños para justificar un esfuerzo por obtener la aprobación de la FDA para ese trastorno en particular. Los psiquiatras siempre pueden recetar una benzodiacepina para el TEPT u otros síntomas de ansiedad. Pero cuando el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) realizó su Encuesta Nacional de Comorbilidad a principios de la década de 1990, produjo resultados que hicieron que la industria se sentara y tomara nota: se decía que el 17 por ciento de la población estadounidense sufría de un trastorno de ansiedad diagnosticable cada año. Ahora se entendía que el TEPT, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada eran bastante comunes. Los fabricantes de los ISRS también encontraron razones para estar nuevamente interesados en el trastorno de pánico, ya que el alprazolam ya no estaba protegido por patente y, por lo tanto, Upjohn no lo comercializaba tanto. Cuando Pfizer y SmithKline Beecham intentaron vender sus ISRS para estos trastornos, reclutaron a psiquiatras académicos que habían ayudado a formular los criterios de diagnóstico para los nuevos trastornos para que fueran sus “líderes de opinión”. Luego, estos psiquiatras participaron en cada paso del proceso para desarrollar los medicamentos: formaron parte de los consejos asesores que diseñaron los ensayos clínicos; a menudo conducían los ensayos y escribían los informes sobre estos ensayos; hablaron en simposios financiados por la industria en las reuniones anuales de la APA; sirvieron

como expertos para las historias de los medios sobre las enfermedades recientemente reconocidas. La utilización de psiquiatras académicos por parte de la industria para “vender la enfermedad” y el fármaco se puede ver claramente en los documentos internos de SmithKline (que se hicieron públicos durante los procedimientos legales posteriores) y a través de una revisión de los artículos publicados por los líderes intelectuales de SmithKline. Y llegando al presente la ‘I Cumbre Latinoamericana de Salud Mental y su Impacto en otras Enfermedades’, realizada en Cartagena de Indias (Colombia) fue realizada con colaboración de Upjohn, división de Pfizer. Ahí se presentó “Las Palabras Importan”, escrito por especialistas latinoamericanos.



La APA nos ha proporcionado un manual de diagnóstico que, desde una perspectiva científica, no puede pretender ser confiable o válido, que son los requisitos para que un manual médico sea clínicamente útil, pero ha demostrado beneficiar los intereses de la industria farmacéutica y los intereses gremiales de la profesión psiquiátrica, y el DSM-5 continúa fomentando esos fines. La integridad del proceso científico está comprometida por dos economías de influencia: la “dependencia indebida” de la psiquiatría en la industria farmacéutica y los propios intereses de las instituciones psiquiátricas, quienes no pueden (o no quieren) reconocer la corrupción de la institución.

Si se engaña a un paciente y se le dice que tiene una patología conocida, cuando no hay una razón científica para pensar que es así, entonces claramente el paciente no puede dar un “consentimiento informado” para ningún tratamiento posterior. Sin embargo, eso es precisamente lo que ha sucedido en la psiquiatría durante décadas. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) es la institución más grande de psiquiatría, en colaboración con la industria farmacéutica, promovieron públicamente el “entendimiento” de que los trastornos psiquiátricos eran causados por un desequilibrio químico en el cerebro y que los medicamentos psiquiátricos ayudaron a corregirlos. ese desequilibrio, como “insulina para la diabetes”. Además, la APA, junto con la industria farmacéutica, ha logrado exportar su modelo de enfermedad DSM a países desarrollados de todo el mundo. Si este modelo de atención es efectivo y útil, al menos algunos de esos países deberían estar experimentando una moderación de las tasas de discapacidad. Pero si este es un modelo que aumenta la carga de la enfermedad mental en una sociedad, entonces otros países también deberían estar viendo un aumento en las tasas de discapacidad debido a trastornos psiquiátricos. Algunos ejemplos.

En Australia, había 57.008 adultos con discapacidad del gobierno debido a una enfermedad mental en 1990. Ese número aumentó a 241.335 en 2011, un aumento de cuatro veces. En Nueva Zelanda, había 21 972 adultos, de 18 a 64 años de edad, con discapacidad debido a condiciones psiquiátricas en 1998. Trece años después, ese número se había más que duplicado, a 50979. En Dinamarca, hubo 3.550 nuevas indemnizaciones por discapacidad debidas a trastornos psiquiátricos en 1999; 11 años después, este número saltó a 8.812. Habrá que ver qué números manejamos en este lado del Ecuador.

¿Nos hacemos bolita y lloramos en un rincón? Siempre es una opción. También podemos empezar a reconocer esta influencia en nuestro campo particular de acción (sin negar que seguramente pasen en otros campos del accionar médico) y reclamar manejos éticos tanto de la información como de los estudios de los tratamientos que prescribimos. Y ese reclamo es diario y por cada persona que le extendemos una receta. Así de difícil, así de complejo y así de importante. Podemos ser sujetxs de prueba por siempre, o responsables de lo que queremos para el cuidado de nuestra salud.

nirvana.

CENTRO PRIVADO DE SALUD MENTAL

La primera alternativa
verdaderamente
holística en el cuidado
integral de tu mente

¿Qué nos diferencia?

Atención y cuidado personalizado las 24hs,
con neuro-coaching, wellness group
y self-regulation sessions.
habitaciones individuales,
puertas abiertas a nuestro exclusivo predio
y lounge privado, con acceso libre a tus
dispositivos y redes.

All access, all inclusive.

nirvana. venitalcualsos.com.ar

La búsqueda de una bondad patológica

Víctor Pagano

Una pequeña investigación sobre el tratamiento penitenciario

No creo tener que recordar a los lectores el significado del título. Las naranjas mecánicas no existen, excepto en el habla de los viejos londinenses. La imagen era extraña, siempre aplicada a cosas extrañas. "Ser más raro que una naranja mecánica" quiere decir que se es extraño hasta el límite de lo extraño. (...) Los europeos que tradujeron el título como Arancia a Orologeria o Orange Mécanique no alcanzaban a comprender su resonancia cockney y alguno pensó que se refería a una granada de mano, una piña explosiva más barata. Yo la uso para referirme a la aplicación de una moralidad mecánica a un organismo vivo que rebosa jugo y dulzura.

Anthony Burgess

En el prólogo a *La naranja mecánica* podemos leer esta explicación del título por parte de su autor, quien, a pesar de

considerar que no necesita recordar su significado, nos beneficia con la aclaración. La novela nos presenta una larga confesión de su protagonista, como si hablara a una congregación. Si, como yo, han visto primero la película de Stanley Kubrick, notarán con la novela que la ausencia de las imágenes impactantes que propone el director se ve ampliamente compensada con una historia excelentemente escrita. Por las dudas que no hayan visto o leído ninguna de las dos, propongo un breve resumen de los puntos de la novela que me interesan.

El protagonista, Álex, es un *nadsat* que en los términos actuales, “está en conflicto con la ley penal”. Vive con sus *peyeme*, quienes son retratados como personas algo apáticas y pusilánimes a los que no les preocupan demasiado las actividades de su hijo y suele estar reunidos con sus *drugos* con quienes planifica y ejecuta diversos crímenes. Eventualmente -tampoco vamos a contarlo todo- es atrapado por *militso*s, y llevado a la *staja*. Allí comienza la segunda parte de la novela y el punto que nos interesa hoy.

En la *staja* (la cárcel, por supuesto), escucha de un tratamiento nuevo, que le permitiría salir rápido de la prisión. Así, en una charla con el sacerdote de la prisión (o el *chaplino*), -quien le aconseja seguir con la buena conducta que venía demostrando hasta el momento para lograr que le reduzcan la pena-, Alex interrumpe para preguntar “¿*qué puede decirme de eso que se comenta ahora? ¿Qué hay de ese nuevo tratamiento que permite salir enseguida y garantiza que uno nunca vuelve?*”, a lo que el sacerdote responde “*supongo que te refieres a la técnica de Ludovico*”.

Es significativo que apenas avanza el diálogo, el mismo

sacerdote dice sobre el tratamiento que todavía no se lo había aplicado, al menos en esa prisión, y que “*él mismo [es decir, Ludovico mismo] tiene graves dudas acerca del asunto, y he de confesar que yo las comparto. El problema es saber si esta técnica puede hacer realmente bueno a un hombre. La bondad viene de adentro, 6655321. La bondad es algo que uno elige. Cuando un hombre no puede elegir, deja de ser hombre.*” En este breve párrafo aparece fugazmente la única referencia directa a este personaje que luego no volverá a aparecer, salvo por menciones a su tratamiento o a la inyección que lleva su nombre. Elegido para el tratamiento e inicialmente bajo el engaño de que se trata de unas vitaminas para paliar la desnutrición provocada por la deficiente *pischa* de la *staja*, la inyección de Ludovico es suministrada a Alex antes de cada sesión.

En tanto el tratamiento en sí será dirigido por los doctores Brodsky y Branom, esta mención al tal *Ludovico* -así en el idioma original ¿una referencia a Ludwig van Beethoven quizá?- y a su tratamiento es interesante. Esas dudas, que apenas se mencionan al pasar y por parte del sacerdote, contrastan fuertemente con el convencimiento de los doctores Brodsky y Branom, a cargo de su aplicación: una excelente representación de esa “banalidad”, de esa cotidianeidad del técnico, del burócrata, que se enfoca en realizar de la manera lo más eficiente posible aquello que considera su tarea. El tratamiento en sí puede resultar más familiar gracias a la película: Alex, atado de pies y manos y con los párpados forzosamente abiertos, es obligado a *videar* películas cargadas de violencia. Torturas, asesinatos, guerras, que provocan náuseas y un malestar general al protagonista.

Luego de la primera sesión, el protagonista, ya en su cuarto, tomándose un té y sintiéndose mejor, dialoga con Branom. Éste le dice que había tenido una reacción muy positiva al

tratamiento, que al otro día tendrían dos sesiones, y que luego se sentiría algo decaído; pero que si querían curarlo debían ser duros con él. Alex dice que no soportará dos sesiones, y que la que vivió fue horrible. Se produce entonces el siguiente diálogo:

- *Por supuesto que fue horrible -sonrió el doctor Branom-. La violencia es algo muy horrible. Eso precisamente es lo que estás aprendiendo ahora. Tu cuerpo lo está aprendiendo.*

- *Pero [...] no entiendo nada. No entiendo por qué me sentí tan enfermo. Antes no me enfermaba nunca. Todo lo contrario. Quiero decir, que si lo hacía o lo miraba, me sentía realmente joroschó. No veo ahora por qué o cómo o qué...*

- *La vida es algo maravilloso -observó el doctor Branom con una golosa muy sonriente- ¿Quién conoce realmente esos milagros que son los procesos de la vida, la estructura del pensamiento humano? Por supuesto, el doctor Brodsky es un hombre notable. Lo que te ocurre ahora es lo que debiera ocurrirle a cualquier organismo humano normal y sano que observa las fuerzas del mal, el trabajo del principio de destrucción. Estamos curándote, te estamos devolviendo la salud.*

Cuando el tratamiento avanza, aparece un nuevo factor en el tratamiento, que es la música. La banda sonora de las películas -y que coincide con la música favorita de Alex- también comienza a generar la misma aversión que la ultraviolencia. Alex intenta rebelarse contra esto, quejándose frente a Branom y Brodsky. Quiere en ese punto poner fin al tratamiento. Arteramente, sostiene que ya le ha quedado claro que “*toda esta dratsada y la*

ultraviolencia y el asesinato están mal, mal, terriblemente mal” y que estaba curado. Frente a una nueva negativa por parte de los doctores, agrega que “*ya veo que está mal. Está mal porque va contra la sociedad, porque todos los vecos de la tierra tienen derecho a vivir y a ser felices sin que los golpeen, tolcochen y apuñalen. Aprendí mucho, de veras lo digo*”. La respuesta de los doctores es, sin embargo, terminante: “*La herejía de la edad de la razón (...) Veo lo que es justo y lo apruebo, pero hago lo que es injusto. No, no muchacho, tienes que ponerte en nuestras manos.*”

Creo que es claro que en este punto, lo que el tratamiento de Ludovico busca es que esa bondad de la que hablaba el *chaplino* se vuelva patológica, en el sentido etimológico de la palabra: ya no se trata de una elección, que nos hace humanos; se trata más bien de una reacción del cuerpo, que bien puede denominarse “enfermiza” en el contexto del libro (y también en el de la película). Es la imposibilidad de cualquier reacción, incluso aquellas de mera defensa, frente a la violencia -y también frente al deseo- porque es el cuerpo el que pone un límite. Así, la bondad, incluso en el sentido mínimo o negativo de abstención de realizar el mal, responde luego del tratamiento a una reacción que se encadena a las causas y los efectos. Con todo, *La naranja mecánica* no deja de ser ciencia ficción. Veamos ahora qué pasaba en Argentina con el castigo penal en la época en que estas ideas se condensaban bajo la forma de una novela.

Un *doppelgänger* para la psiquiatría

La naranja mecánica fue publicada por primera vez en 1962. Creo que no es por casualidad que podemos situar en esta época, con el funcionamiento de la Dirección General de Institutos

Penales, al momento de auge del tratamiento penitenciario en Argentina. ¿Por qué? Porque se combinaba en esta época el desarrollo técnico en la idea de tratamiento penitenciario con cierto convencimiento que parecen traslucir las historias criminológicas de la época. La idea del desarrollo técnico puede parecer más o menos intuitiva, pero ese “convencimiento” sin duda es un concepto extraño que requiere cierta explicitación.

Uno de los puntos en que parece traducirse en hechos ese “convencimiento”, esa especie de fe en el tratamiento, lo encontramos al leer las historias criminológicas que confeccionaba el entonces “Instituto de Clasificación” de la mencionada dirección general. Se encuentra allí cierto trabajo que excedía con mucho la cuestión meramente técnica y que denota un intento por formular, al menos, alguna hipótesis que permitiese explicar por qué determinada persona había cometido un delito: por ejemplo, por qué una persona que había dedicado diez años de su vida a trabajar en una empresa, de pronto un día decide escaparse con la recaudación del mes. Y se reflejaba en lo detallado de los informes, en lo pormenorizado de las anotaciones, en pequeñas marcas que corregían o remarcaban los diferentes indicios que contenía la historia criminológica. Propongo entonces echar una mirada al tratamiento penitenciario de la época a través del análisis que parte de las historias criminológicas que utilizaba la Dirección General de Institutos Penales. ¿Qué datos contenían estas historias? La estructura de estas historias intentaba recabar toda la información significativa de los internos desde antes incluso de su nacimiento hasta el momento del delito, y su posterior progreso desde su llegada a la unidad hasta su liberación. Dicho de esta manera parecen términos muy generales pero quiero señalar algunos puntos.

Los invito a recorrer estas historias a través de la de quien bien pudo haber sido un compañero de Alex en la *staja*: José E., “el Ñato”, que estuvo condenado a prisión por tiempo indeterminado en la “Cárcel de Tierra del Fuego”, nombre oficial de la cárcel de Ushuaia.



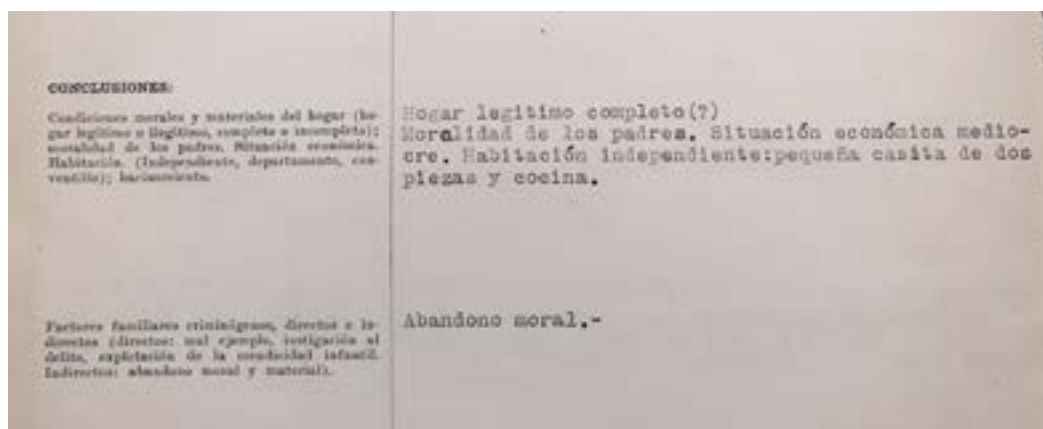
La primera página contenía datos formales: nombre, alias y apodo; fechas referentes al hecho, del ingreso y la condena, lugares del hecho y donde fue juzgado, la condena impuesta.

Luego se recababa toda la información sobre los familiares. Esto se hacía principalmente mediante una entrevista a los mismos internos, y luego, habiendo solicitado información de contacto sobre estos parientes, mediante una visita de trabajadores sociales a los diferentes domicilios. Lo mismo

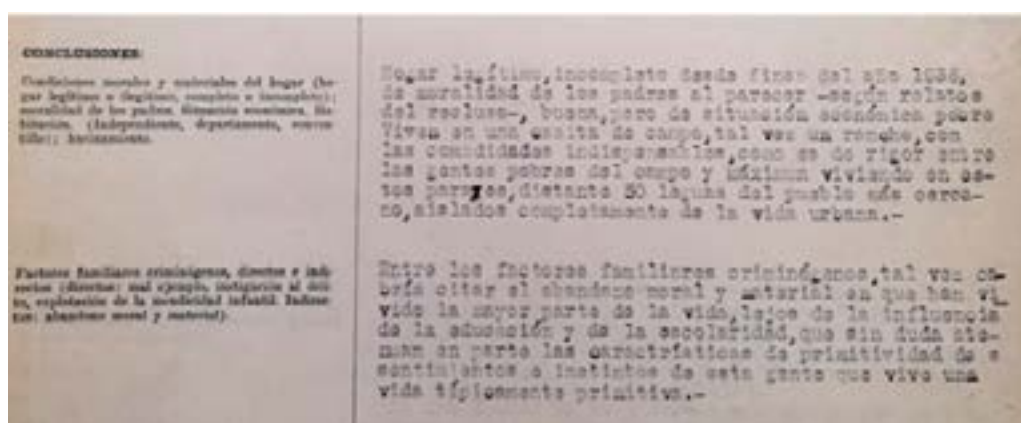
ocurría, por ejemplo, con los empleos mencionados por los internos.

Por especificar un poco mejor la información, de cada uno de los padres se preguntaba: Nombre y apellido, edad, nacionalidad, estado civil, causa del fallecimiento si hubiese ocurrido, tiempo de residencia en el país, el grado de instrucción, religión, medios de vida especificando profesión u oficio y posición (sueldo, salario, renta); conducta familiar y social; carácter. Temperamento, Modos de reaccionar. Colaterales y ascendencia: vida familiar y social. Además, respecto de ambos se preguntaba si existía parentesco entre ellos, y en qué grado. Si había hijos anteriores a ese matrimonio con otros progenitores y la armonía entre ambos. Luego de algunos datos generales sobre los hermanos (cantidad, edades, “salud fisiopsíquica”, instrucción y situación laboral) venían las “Conclusiones”, que tomaban una forma parecida a la siguiente.

En la primera foto tenemos las conclusiones del informe familiar de José F. Como puede notarse, no se encuentran aquí marcados factores criminógenos, aunque se pone en duda que el hogar sea “legítimo completo” (padres casados entre sí y conviviendo) y señalando el “abandono moral” que refería principalmente a la falta de una educación cercana, por ausencia o negligencia de los padres.



Por regla general intentaba encontrarse aquí una primera orientación criminológica; probablemente un resabio de las teorías degeneracionistas que iban perdiendo fuerza pero no desaparecían del todo. Es significativo, de hecho, que esta información familiar apareciese incluso antes de la información biográfica del interno. En otra historia criminológica podemos encontrar algo más de información.



En este segundo caso, un ladrón y homicida también alojado en la Cárcel de Tierra del Fuego, no sólo se desconfía del relato acerca de la moralidad de sus padres por parte de interno, sino que además del abandono moral se le suma el “abandono material”.

En sus antecedentes personales también se buscaban algunos indicios criminológicos para su tratamiento: el nivel educativo alcanzado y su rendimiento en la escuela (en algunas versiones del formulario se preguntaba por la materias favoritas), su vida militar (si cumplió o eludió al servicio militar, si estuvo en la guerra, si tuvo “traumatismos físicos y morales”) y su vida en el trabajo:

EUSYMPLO
(Kretschmer)

<i>Phlox</i>	<u><i>Leptocarpus</i> (●●●●●●●●, antineop)</u>	<i>Andros</i> (obelia, anemone, pouter)
Brevilius)	(Longuilius)	<i>Formos Mixtus</i>

Diaphania (gigantiformis, intersexualis, femininus, masculinus;
distrofia adiposa genital; atero sexualis et infantilis;
cretinoides; furax venax; rapuliformis).

Atiplex morphologica distrofia

Se analizaba en primer lugar la expresión, el trato, el lenguaje y la escritura. Es interesante notar el gradiente de descripciones posibles para la expresión y también el hecho de que el médico haya elegido “sensual” para este caso.

[illegible]

La segunda dimensión que se evaluaba era la inteligencia: atención, percepción, memoria, asociación de ideas, imaginación, capacidad de observación, de crítica y de juicio. Finalmente una síntesis: “Deficiente (débil, imbecil, idiota); mediana; elevada; desequilibrada”.

En el caso de José F. la síntesis señala “submediana”. Más interesante es el apartado de la afectividad, dado que allí se concentraba gran parte del juicio criminológico. También se señalaban aquí las “perversiones instintivas” de Ernst Dupré y que a través de Nerio Rojas habían tenido una gran acogida en Argentina. Las perversiones instintivas eran uno de los puntos en los que todavía se sostenía en la práctica al degeneracionismo como teoría, y se dividían en tres categorías de instintos: de conservación, de reproducción y de sociabilidad. La voluntad, por su parte, tenía un espacio algo menor en este examen. Se registraba su fuerza y constancia y la inhibición. Y por último la síntesis psicológica:

AFFECTIVIDAD: Emotividad. (Normal, fácil, difícil). Sentimientos morales: piedad, ingratitud; piedad, ingratitud. Perversiones instintivas (Dupré): Instinto de conservación (Misticismo familiar, avaricia, prodigalidad, toxicomanías, glotonería, vanidad). — Instinto de reproducción (Frigidez, autismo, inversión, sadismo, exhibicionismo, prostitución, etc.). — Instinto de sociabilidad (Egocismo, malignidad, crueldad, criminalidad, tendencia al odio y la venganza).	Fácil, Improvisidad, impiedad, Subnormal Crueldad, criminalidad.- tendencia al odio y la venganza
VOLUNTAD: Débil, Eneúrgica, Inconstante, Normal. Poder de inhibición. (Débil, escaso, nulo).	Inconstante, Escaso.
SINTESES PSICOLÓGICA: Temperamento: Nervioso, sanguíneo, sentimental, flemático, colérico, apaciguado, amorfo, apático (Clasif. de HERMANN). Carácter: Débil, sugestionable, fuerte, tenaz, impetuoso, dulce, alegre, triste, egotista, altruista, reservado, expansivo, sociable, misántropo, sincero, hipócrita, honesto, deshonesto, casual. ¿Existe un tipo clínico psiquiátrico? (Paranoide, psicofrenico, esquizoide, epileptoide, autismo, hipersensitivo, perverso). Predisposición social preventiva: ¿Debe ser considerado fácilmente corregible, difícilmente corregible o incorregible?	Sanguíneo. Sociable, deshonesto.- Presenta caracteres de insuficiencia de inhibición moralidad, é impulsividad. Débilmente corregible.- Firma del Director del Anexo Psiquiátrico

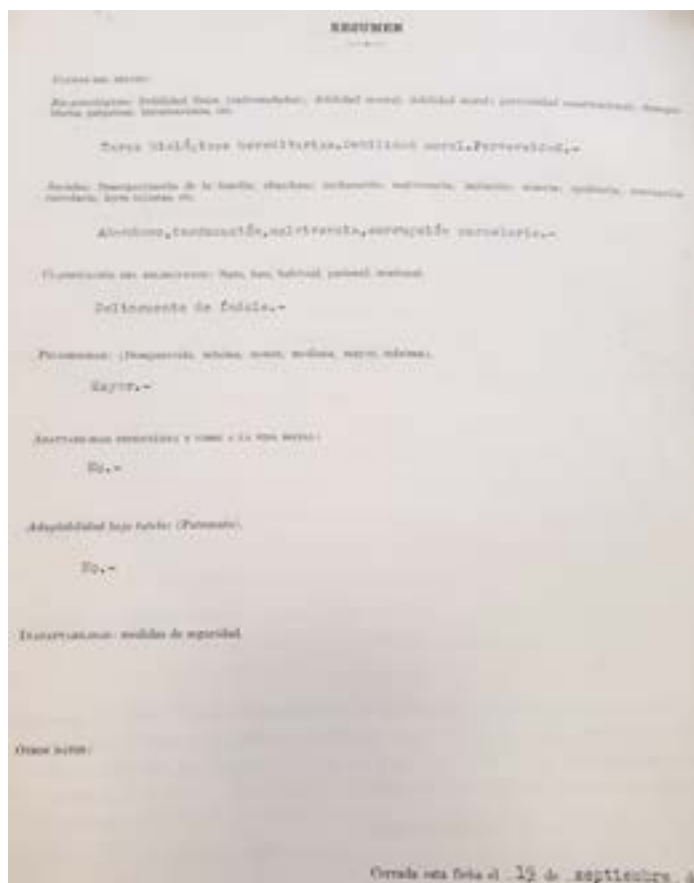
Para finalizar, el médico a cargo del anexo psiquiátrico realizaba una semblanza o resumen, que en el caso de José F. está redactada libremente como puede verse a continuación.

SEMBLANZA

Tiene expresión atenta, más bien inteligente, y rasgos fisiológicos gruesos, y sensuales. Comparando su retrato de hace cuatro años con su actual expresión de rostro se ve una marcada declinación: la anterior es más enérgica y resuelta, hasta arrogante. Se expresa con soltura y algo lacónico. Percibe bien, pero es muy inferior en sus juicios infantiles y siempre vulgares; pobreza e ineducación, no es sujeto de juicio y crítica. Es de emotividad normal y pronta. Sensual, arrabalero, ineducado, fué desde los diez años a la deriva en su carrera delictiva. Es de reacciones rápidas y breves, sociable, desaprensivo y amoral. Demuestra cierta afectividad ligera, no muy intensa con familiares, y algunas relaciones. Aunque este recluso ha cambiado algo en su favor en los años de reclusión que lleva, la naturaleza y las circunstancias del hecho, como toda su vida, anterior en todos sus aspectos, obligan a clasificarlo como delincuente de peligrosidad mayor y difícil corregibilidad.-

Sin embargo, en muchos casos se utilizaban algunos formularios preparados para el caso.

El que sigue es el resumen del estado de José F. en 1939 y es un ejemplo de estos formularios, común en muchas historias criminológicas:



En este resumen, el psiquiatra de la unidad establecía primeramente las causas del delito, que como pueden verse se dividían en *bio-psicológicas* (las que más frecuentemente se completaban) y *sociales*. A las causas sociales no se les otorgaba tanta atención, quizá porque sus referencias eran mucho más vagas e improbables, basadas generalmente en los relatos del interno; podría también pensarse en la hipótesis de la preeminencia del positivismo y el degeneracionismo. En todo caso, es interesante señalar que siempre se completaba con alguna causa, aunque en muchos casos terminaba siendo una fórmula de compromiso: “Debilidad moral”. Creo que esto nos da el indicio de que el delito o el crimen cometidos no eran considerados frutos de una libre elección de la persona, sino que siempre, en algún punto, tenía que existir algún condicionante.

Luego se establecían una serie de clasificaciones: La primera, tomada de Louis Vervaeck¹, sobre el tipo de delincuente bastante intuitiva: *Nato; Loco; Habitual; Pasional; Ocasional*. En este caso, el *Pasional* y el *Ocasional* eran considerados los más readaptables. A continuación se establecía el nivel de peligrosidad del mismo, en una escala que iba desde *Desaparecida* a *Máxima* tomando como base las conceptualizaciones de Enrico Ferri². Por último, el nivel de readaptabilidad del interno se estipulaba a su vez de acuerdo con el artículo 6 de la Ley Penitenciaria Nacional: *Fácilmente adaptable; Adaptable; Difícilmente adaptable*.

En gran parte de las historias criminológicas se insertaba aquí copia del testimonio de sentencia. En algunos casos era un documento extenso, en hoja oficio mecanografiado en interlineado simple, donde se relataba de forma resumida todas las constataciones del juicio.

Vamos a dejar esto de lado momentáneamente para analizar qué datos tenemos del tratamiento de José F.. A grandes rasgos dijimos que los datos que se recababan eran los relacionados con la educación, con el trabajo y con la salud. Empecemos con este último: no hay indicios de psicoterapias de ningún tipo en las historias de criminológicas: fuera de estas entrevistas iniciales que acabamos de ver, no se encuentran luego otras indicaciones sobre su tratamiento referentes a la salud mental³. Sin embargo, la salud física era considerada parte

1 Psiquiatra belga (1872-1943). Creador y director durante su vida del Servicio de Antropología Penitenciaria de su país, que funcionó en forma de Anexos Psiquiátricos en las prisiones. La Dirección General de Institutos Penales se inspiró en él para la creación de su propio servicio de antropología penitenciaria.

2 Criminólogo italiano (1856-1929). Es considerado uno de los fundadores de la teoría positivista en criminología, en sus vertientes sociales. La tabla a la que nos referimos podrá verse más adelante en el texto.

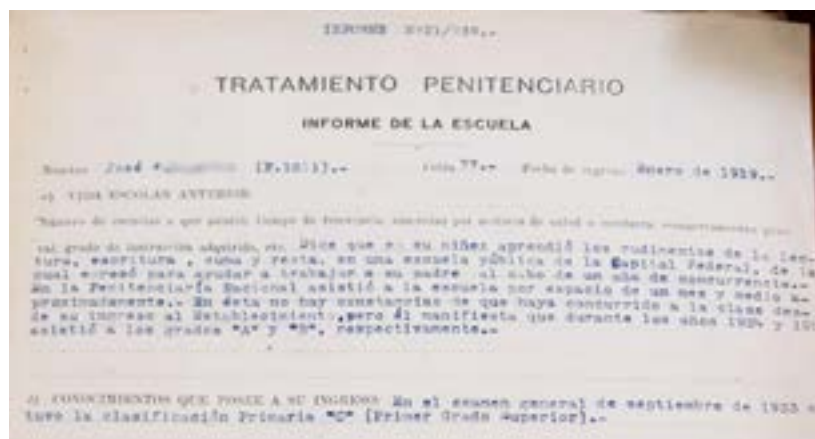
3 En una sola historia criminológica de las revisadas pude encontrar referencias a test psicológicos, pero en la Cárcel del Buen Pastor, que era cárcel de mujeres a cargo de la congregación de las Hermanas del Buen Pastor.

del tratamiento, como lo atestigua -aunque posterior al caso que nos ocupa- el artículo 2 de la antigua Ley Penitenciaria Nacional (Decreto Ley N° 412/58):

ARTÍCULO 2. - El condenado está obligado a acatar en su integridad el tratamiento penitenciario que se determine. Si el tratamiento prescribiere la realización de operaciones de cirugía mayor o cualquier otra intervención quirúrgica o médica que implicaren grave riesgo para la vida, o fueren susceptibles de disminuir, apreciable y permanentemente las condiciones orgánicas o funcionales del condenado, deberá mediar su consentimiento o, si fuere absolutamente incapaz, el de su representante legal y la autorización del juez de la causa, previo informe de peritos. En casos de extrema urgencia bastará el informe del servicio médico, sin perjuicio de la comunicación ulterior al juez de la causa.

¿Por qué esta intempestiva mención a las eventuales “cirugías mayores”? Se me ocurre -pero no es más que otra hipótesis- para señalar que el resto de los tratamientos no gozaban de la misma voluntariedad, en tanto que, salvo un apartado breve sobre las enfermedades profesionales que podían haber adquirido los internos en su trabajo cotidiano y las remuneraciones a las que tienen derecho en esos casos, no hay otras menciones a la salud, ni como derecho ni como obligación. Pero, en todo caso, no dejaría de ser rara esa “obligación a la salud”, con excepción de la separación del régimen común en caso de enfermedades infecto contagiosas u otras medidas preventivas, que en la vida del interno también implican la limitación en sus actividades cotidianas o en sus visitas, y por tanto no siempre cuentan con la aquiescencia de los internos.

El primer aspecto formal era el de la educación. Sin embargo, se evidencia que no era prioritario: los informes suelen ser escuetos en las historias criminológicas, y muy espaciados en el tiempo. Además había una serie de limitaciones de orden práctico: la única educación que se enseñaba era la primaria, y dentro de esta educación por lo general se enseñaban los rudimentos de la escritura y las matemáticas. Los internos que ya tenían esos conocimientos usualmente estaban relevados de su obligación de ir a la escuela, así como los mayores de 50, aquellos eran considerados como que “carecían de las mínimas condiciones mentales”. Sólo se sancionaba con un recorte en los beneficios reglamentarios a aquellos “internos analfabetos que no hayan puesto empeño en superar esa situación”. El caso de José F. puede ser también una buena muestra. Habiendo ingresado en 1919, su informe educativo de 1939 -es decir, 20 años después- menciona que únicamente había aprobado el tramo “C” que equivalía al antiguo primer grado superior:



El segundo aspecto, y por lo general el más significativo en la época, era el del trabajo. Existían diferentes talleres, con diferentes posiciones, que también variaban de acuerdo a las unidades. La calificación laboral hacía mención a los oficios del padre y los dos abuelos masculinos, a sus ocupaciones anteriores, y lo que hoy denominaríamos su “proactividad”.

INFORME DE TALLERES.

VIDA INDUSTRIAL

Nombre <i>José Ferrer...</i> - Cédula <i>77.-</i>	Fecha de ingreso <i>Agosto 11 de 1939.-</i>
Oficio inmediato anterior <i>Jornalero.-</i>	Grado de capacitación <i>Deficiente.-</i>
Oficio del padre <i>Jornalero.-</i>	Otros oficios que ha desempeñado y tiempo
Oficio del abuelo paterno <i>Quinto.-</i>	Taller a que se le dedica <i>Quinto.-</i>
Oficio del abuelo materno <i>Ferretero.-</i>	

A) CONDUCTA Y APLICACIÓN

¿Atiende puntualmente las indicaciones que se le hacen? *Sí.-*

¿Demuestra amor propio? *Sí.-*

¿Muestra solidaridad en el trabajo? *Sí.-*

¿Trabaja por disciplina o espontáneamente? *espontáneamente.-*

¿Es holgazán? *No.-* ¿Se distrae? *No.-*

¿Se fatiga con pequeños esfuerzos? *No.-*

¿Hay igualdad en la intensidad del trabajo? *Sí.-*

¿Es perezoso o desobediente? *Finalizo.-* ¿Es perezoso? *Sí.-*

Motivos y tiempo de las interrupciones en el trabajo: *No tiene varias interrupciones en su trabajo, motivadas por razones disciplinarias.-*

También se mencionaba en este punto cuánto ganaba de acuerdo al taller y a la posición (peón, medio oficial, oficial) y qué hacía con su dinero, que en este caso era remitido a su familia en Buenos Aires. Se constata que ganaba \$0.20 por jornal y que en la vida libre, con ese mismo puesto, como peón de colchonería, podía ganar hasta \$4. Finalmente un resumen de parte del maestro del taller, que lo reputa de voluntarioso y con buena conducta. Este informe en particular no está fechado, pero es de imaginarse que es de 1939, al igual que el anterior y que el posterior, el de la sección penal.

El tercer aspecto del tratamiento era el de la “sección penal”, lo que englobaba a las cuestiones de disciplina y seguridad y cuestiones referentes a la socialización. Se completaba entonces en el formulario una calificación respecto de su conducta, su higiene, su moralidad, sus *perversiones sexuales* -”No se le conocen” reza escuetamente el formulario-, por las relaciones con otros reclusos, si se aísla, por el carácter de su camaradería -”Reglamentaria”-, animadversión, predominio o subordinación frente a otros detenidos. Respecto de la conducta con la familia, se completaba con “sí” o “no” a la

pregunta “Ha recibido visitas?” y “De quiénes?” a lo que se responde únicamente “En este Establecimiento no hay visitas”. Sin embargo, sí se deja constancia de que ha recibido correspondencia de su madre, y un apartado muy particular, quizá particular a nuestros ojos, que dice “Observaciones del control epistolar”, comenta que es afectuoso con su madre y por su intermedio con todos sus familiares.

Se detallaban también las sanciones impuestas con sus causas:

CONDUCTA CON LA FAMILIA

Ha recibido visitas? ----- De quienes? En este Establecimiento no hay visitas.-----

Cartas (solidaridad)? ----- La solidaridad -----

Ha recibido correspondencia? Si.----- ¿Con quienes? Con su Señora Madre.-----

----- De qué naturaleza? Familiar.-----

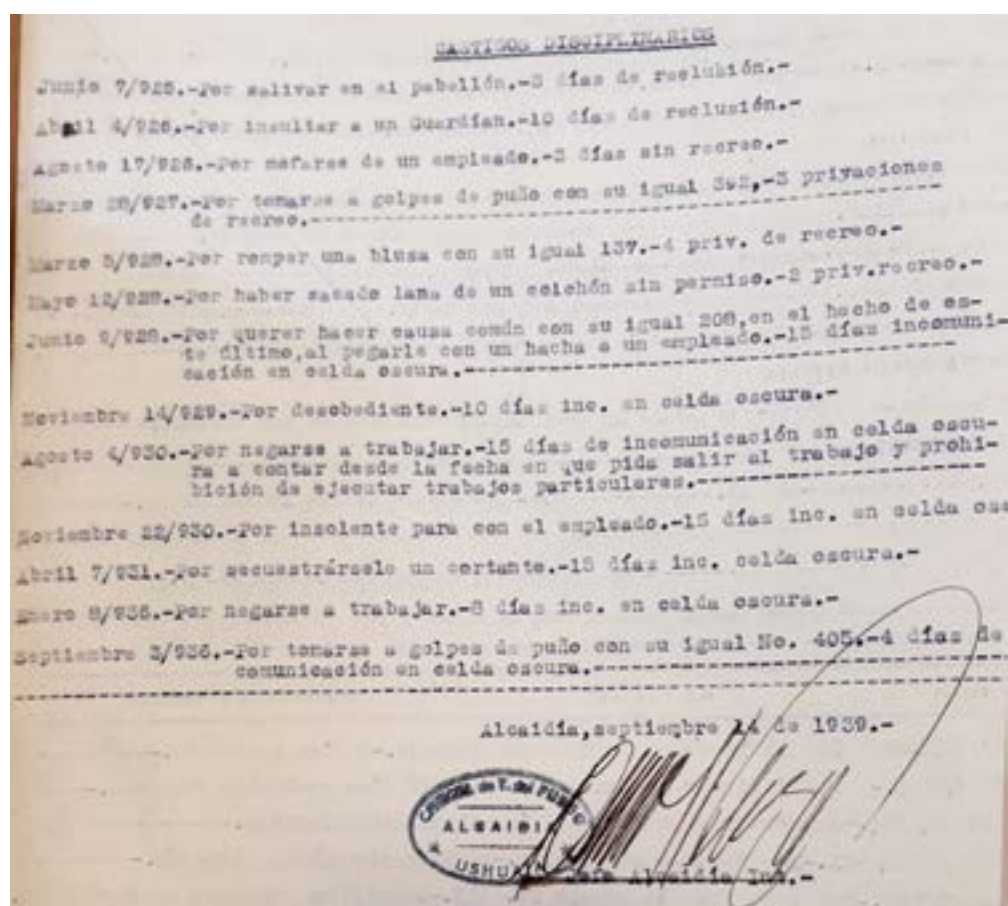
----- ¿Qué le contestó? Su Señora Madre.-----

Observaciones del control epistolar Es afectuoso con su madre y por su intermedio con todos sus familiares.-----

CORRECTIVOS DISCIPLINARIOS

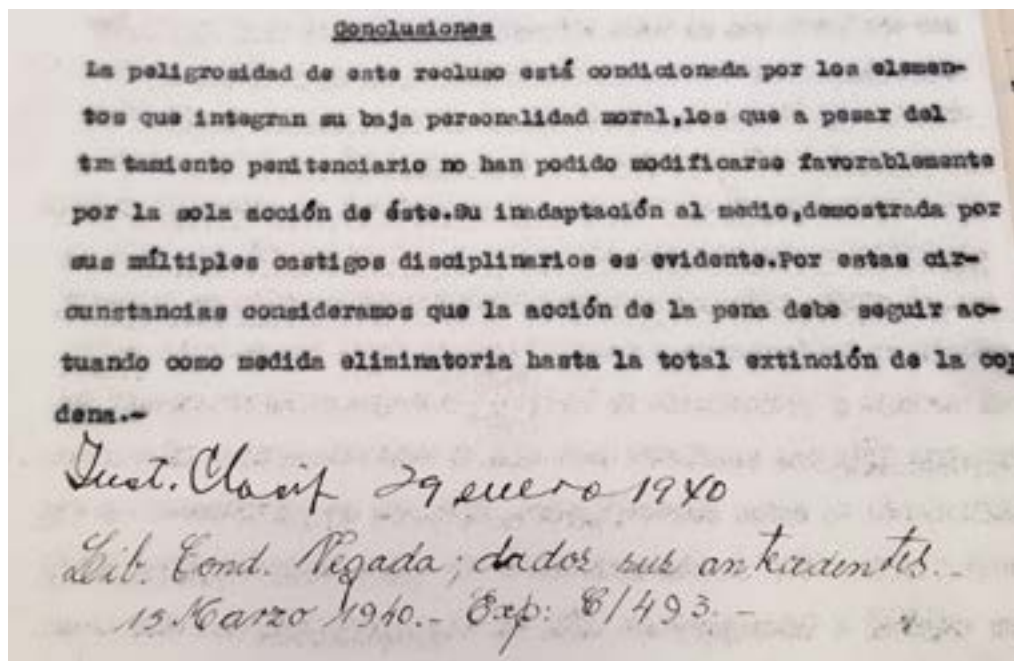
FECHA	MOTIVOS	RESOLUCION DE LA DIRECCION
Enero 19/920	Por ausentarse a la hora del trabajo.	-5 días reclusión.-----
Junio 9/921.-	Por lesionar al penado No. 118.	-15 días reclusión rigurosa.-----
Agosto 29/921.-	Por orden superior.	-10 días disciplina rigurosa.-----
Noviembre 10/921.-	Por negarse a trabajar.	-10 días disciplina rigurosa.-----
Marzo 27/922.-	Por salir con el penado No. 118.	-Disciplina rigurosa hasta n/orden.-----
Octubre 6/923.-	Por insolente con un empleado.	-10 días disciplina rigurosa.-----
Marzo 14/924.-	Por insolente para con el empleado.	-20 días disciplina rigurosa.-----
Junio 24/924.-	Por falta a clase elemental.	-5 días disciplina rigurosa.-----
RECOMPENSAS		A la vuelta.-----
No ha tenido.-----		

La mención a “estos últimos tres años” se termina de comprender al mirar el reverso del formulario:



Hay que señalar que es un caso bastante atípico en cuanto a la cantidad de sanciones y a la dureza de las mismas, como el caso de la de noviembre de 1930, que conllevó 15 días de encierro en celda oscura por haber sido insolente con un agente. Llamativamente aparecen también 8 días de encierro en la celda oscura “por negarse a trabajar”, pero hay que tener en cuenta que en ese momento la Ley Penitenciaria Nacional no se encontraba todavía vigente.

La fecha de estos informes se explica porque es la fecha en la que José F. comienza a solicitar la libertad condicional. Sobre estos formularios se confeccionaba un informe para el juzgado en el que se ponderaba si el interno estaba listo o no para su salida, supeditado a la decisión del juzgado (que generalmente seguía las recomendaciones del informe). Las conclusiones del informe de 1940 decían lo siguiente:



Como puede verse, en 1940 y sobre la base de estos informes, la libertad condicional se ve negada, y se sostiene el argumento de que la pena debe continuar actuando como “medida eliminatoria”. Sin embargo, 5 años después José F. solicita el indulto. En 1945 se producen una nueva serie de informes, en las que algunas consideraciones ya cambian. La permanencia en la prisión comienza a tornarse pernicioso para el interno, en razón de su “declinación vital”. Ya no puede esperarse mucho más de parte del tratamiento. Llega el momento entonces de considerar su egreso:

Las precedentes observaciones permiten confirmar el juicio que consignáramos en nuestro anterior informe.- Bertenece este recluso a las personalidades permanentes, difíciles de enmienda y corrección, cuya inocuización se opera solamente por la inclinación vital, algunas veces, concurrentemente con la coacción física y el temor por la pena material.-

Consideramos que no ha llegado aún el momento de considerar posible su egreso, sin mayor peligro para la convivencia social.-

Instituto de Clasificación, 14 de junio de 1945.-

Interino

Esté a lo resuelto 10-VII-45 E/3035/45-

Quizá sea momento propicio de revelar por qué había sido condenado José F., o para decirlo de otra manera, de qué se supone que tenía que haberlo “curado” el tratamiento penitenciario en la Cárcel de Ushuaia. Es un crimen suficientemente truculento como para señalar que pueden saltarse los tres próximos párrafos.

El 16 de septiembre de 1919, José F., de 20 años, se encuentra cerca de las 4 de la tarde en una cancha de bochas con tres amigos que serán además sus cómplices en Rivadavia y Orán, ciudad de Buenos Aires. Finalizada la partida, son invitados por Antonio F. “El Burro” a hurtar algunas ropas. Inicialmente

caminan por Orán -hoy Emilio Lamarca- llegan hasta Jonte y continúan hasta Santo Tomé, donde roban las primeras prendas. Vuelven por Orán y cambiando de rumbo ingresan a través de una tranquera a una propiedad en San Nicolás y Lascano donde encuentran otras prendas colgadas. Luego de tomarlas, José F. percibe que en una habitación se encontraba una mujer con una niña de dos años en su falda, Filomena D. Golpea a la madre en la cabeza y le tapa la boca para evitar que grite, al punto que termina desmayándola. José F. se lleva a la niña mientras se va corriendo por Jonte, perseguido por sus cómplices que abandonan allí la ropa hurtada. Al llegar nuevamente hasta Orán, penetran en un alfalfar y violan junto con uno de los cómplices a la niña. Al ser advertidos los movimientos extraños por el sereno del predio este comenzó a dar la voz de alarma, por lo que José F. estrangula a la niña y se lleva el cadáver escapando del predio. Finalmente, en la calle Arregui, entre Condarco y Terrada, al pie de una noria que se levantaba allí, abandonan el cuerpo de la pequeña.

Al otro día, al dirigirse hacia la comisaría, el sargento Antonio Lori es avisado de que había un cadáver en la dirección mencionada. En atención a la denuncia que se había realizado el día anterior, el reconocimiento del cuerpo se produce rápido.

La determinación de los victimarios llegó a través de la ropa robada: La madre de la niña reconoce que parte de las prendas encontradas le pertenece, y aporta a la investigación el dato de que el joven que les llevaba leche había dejado de hacerlo desde el día del secuestro. Interrogado el patrón del joven, dice que se trataba de Enrique P., quien había abandonado su negocio robándole también ropa y unos pollos y que por comentarios había sabido que este mismo Enrique P. también había robado un capote en Jonte y Orán. El 4 de octubre de 1919 es hallado

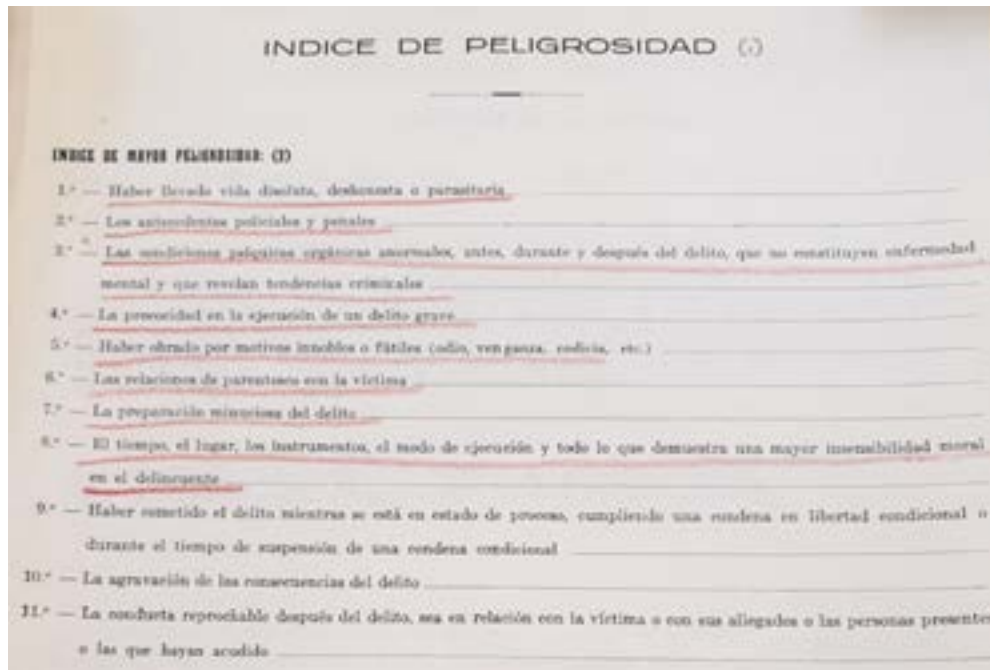
por la policía junto al puente de San Nicolás y Dungenes (otra calle que también ha cambiado su denominación). Enrique P., que había sido el otro cómplice en participar de la violación confiesa todos los hechos y señala a todos los participantes, que a su vez también confiesan, con la excepción de José F., quien inicialmente no solo niega, sino que acusa a sus cómplices de haber cometido los hechos y complotarse para acusarlo a él. Al otro día decide rectificar su declaración y confesar; pero al siguiente pide desdecirse de su confesión, lo que le es denegado.

De esta manera, José F. es condenado a “Penitenciaria por tiempo indeterminado” y “accesorias de ley” y a Enrique P. a “Diez años de penitenciaría, accesorias de ley y costas procesales”, mientras que los otros dos cómplices a un año de arresto y costas.

Me permito aquí dos anotaciones más sobre las historias criminológicas: una vez recibido el testimonio de sentencia, el mismo era leído o informado al interno, al que se le permitía dar su versión del hecho. José F. sostiene “por lo que ha podido saber en la cárcel y por informaciones que le han llegado de afuera” que los únicos autores fueron Enrique P. y Antonio F., a los que conocían por cuestiones laborales. Ellos lo acusaron y la condena se explicaría porque el secretario del juzgado, Dr. Oreste Polito “se molestó [con José F.] y estuvo “injusto y parcial con él”. Esta versión a su vez era objeto de análisis criminológico, se la calificaba respecto del crimen como *Confesado*, *Atenuado*, *Deformado* y *Negado* (que fue la que obtuvo José F.) y se tenía en cuenta para el *Índice de Peligrosidad*, de acuerdo con la la escala diseñada por Enrico Ferri.

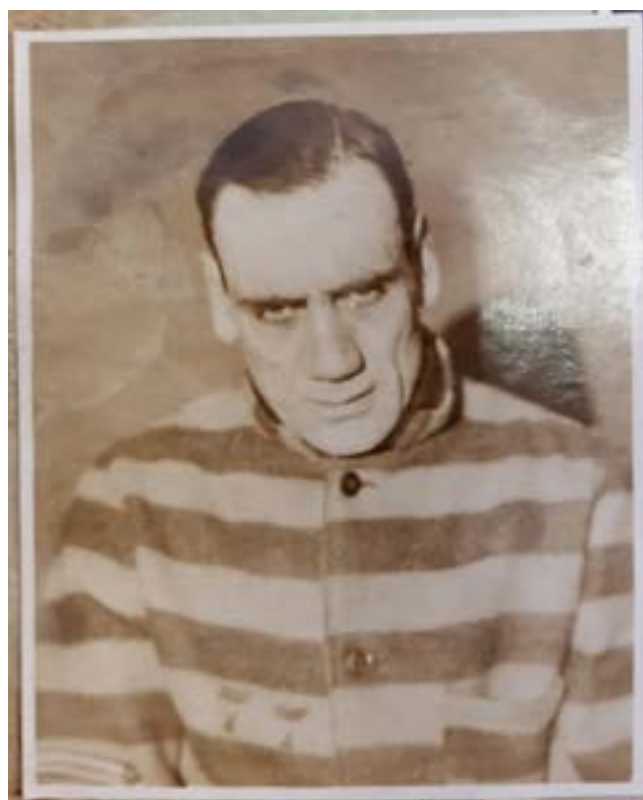
En la foto, subrayados con rojo pueden verse las características

que consideraron como aquellas que incrementaban la peligrosidad:



Sin duda el delito fue execrable, pero eso no quita que la valoración de algunos puntos parecen forzadas, como en el 7º, en tanto difícilmente pueda decirse que hubo una preparación minuciosa, y es más, casi no puede decirse que hubo preparación. Asimismo no queda claro qué tipo de parentesco mantenía el interno con la víctima (punto 6º). Por otro lado, quizá el punto 11º se podría haber subrayado en este caso. Debajo de esta escala aparecía el “índice de menor peligrosidad” donde se subrayaban algunos atenuantes criminológicos, como podrían ser la honestidad antes del hecho, el haber actuado por “motivos excusables” como el amor o el honor, el haber intentado reparar los daños o el haber confesado, especialmente si era antes de haber sido descubierto el hecho por las autoridades.

En 1946, José F. es indultado por el Poder Ejecutivo Nacional. Se realiza un informe final donde se lo remite al Juez Letrado de los Territorios Nacionales de Santa Cruz y Tierra del Fuego, en virtud de una causa por lesiones de 1922, de la que la Dirección General de Institutos Penales no había recibido más novedades. Con esta última actuación se cierra la historia criminológica de nuestro interno. De haberse considerado prescripta esa causa, habría vuelto a trabajar con su padre de 72 años en el puesto de frutas y verduras del Mercado de Abasto. Debajo una foto sin fechar, pero probablemente fuese ya pronto a su salida:



Como puede notarse, el personaje de José F. nos resulta infinitamente más antipático que Alex, probablemente porque su acción no tuvo lugar en una novela bien escrita.

Con esta descripción de las historias criminológicas nos hemos alejado bastante de nuestro tema inicial, que era el tratamiento. Y es que en realidad lo curioso es que justamente el tratamiento terminaba siendo el mismo para todos, como ya lo hemos marcado. Toda esta información servía únicamente para modular y evaluar luego sus eventuales avances.

Sin embargo no hay que confundirse, la mayoría de los “diagnósticos” criminológicos hoy nos parecerían que pecan de ingenuos, adscribiendo en su mayoría el delito a una “debilidad moral” cuando no había otros rasgos significativos -para el saber criminológico de la época, vale aclarar-, y eventualmente a estigmas degenerativos en el resto minoritario de los casos. Por otro lado, más allá de que se estableciera un “diagnóstico” bastante personalizado, por lo general el tratamiento se encontraba con los mismos problemas con los que se encuentra hoy: por cuestiones de tiempo, de espacio, y de organización es difícil implementar programas de tratamiento particularizados en contextos carcelarios.

Esto no quería decir que todos los condenados por cualquier delito compartiesen sus espacios. Existían en esa época tanto como ahora establecimientos diferenciados -algunos de hecho son los mismos, como la Cárcel de Rawson U.6 o la Prisión Regional del Norte U.7- y algunos tenían características particulares. La Cárcel de Ushuaia, en la que nos hemos extendido un poco más esta vez, estaba diseñada por ejemplo para alojar condenados por crímenes especialmente graves, generalmente homicidas o criminales diagnosticados como perversos constitucionales.

El tratamiento penitenciario en Argentina, hoy.

Si observamos rápidamente las modificaciones en la legislación y la reglamentación penitenciaria, podemos observar algunos hitos que nos ayuden a orientarnos en las fechas. Según Luis González Alvo y Alejo García Basalo⁴, las primeras reglamentaciones importantes en la materia del penitenciarismo fueron la Constitución Nacional de 1853, las leyes N° 94 y 514, y en especial el Código Penal de 1886, redactado por Carlos Tejedor y vigente hasta 1922, que en el Título II de la Parte General, “Clases de penas, su duración, su ejecución y efectos”, estableció la existencia ocho tipos de penas: muerte, presidio, penitenciaría, prisión, arresto, destierro, inhabilitación absoluta y especial y multa. Las diferencias entre presidio, penitenciaría, prisión y arresto pasaban principalmente por las duración (en los primeros dos casos, de 3 años a tiempo indeterminado), por los trabajos forzados, y por el tipo de establecimiento en que se cumplía la condena. Con el paso de los establecimientos de la Capital Federal en 1880 a la jurisdicción nacional, se mantuvo la misma reglamentación aunque Antonio Ballvé, asesorados por José Ingenieros, dictaron una serie de reglamentaciones para su funcionamiento.

Hacia 1920 la cuestión carcelaria volvió a tomar interés a nivel nacional. En esta década reformó el Código Penal y se realizó el segundo censo penitenciario, mientras que en 1933 se dictó la ley 11.833, “Organización carcelaria y régimen de la pena”, reglamentada a su vez recién catorce años después por decreto P.E.N. N° 35.758/47 y vigente hasta 1958, que es reemplazada por la “Ley Penitenciaria Nacional”. Finalmente,

4 González Alvo, L. y García Basalo, A. “Historia mínima de la prisión argentina. Una aproximación de conjunto a los ciclos de reforma penitenciaria de la Nación y de las provincias, 1853-1958” en *Historia de las prisiones sudamericanas : entre experiencias locales e historia comparada : siglos XIX y XX* / editado por José Daniel Cesano ; Jorge A. Núñez ; Luis González Alvo. - 1a ed edición multilingüe. - San Miguel de Tucumán : Universidad Nacional de Tucumán. Instituto de Investigaciones Históricas Leoni Pinto, 2019

el 10 de abril de 1967 se promulga la ley N° 17.236/06, primera Ley Orgánica del Servicio Penitenciario Federal, que es el organismo todavía vigente, que luego será complementada por las leyes N° 24.660 Ley de Ejecución de Pena Privativa de Libertad y su reforma bajo ley N° 27.375.

¿Qué diferencias había entre el tratamiento de la época de Dirección General de Institutos Penales y el tratamiento actual? En términos abstractos, no muchas: trabajar, estudiar, no tener faltas disciplinarias. Por ejemplo, el artículo 13° de la ley 11.833 decía :

La organización de los establecimientos penales debe consultar:

- a) un régimen de educación moral e instrucción práctica;
- b) un régimen de aprendizaje técnico de oficios, concordante con las condiciones individuales del condenado y con su posible actividad post carcelaria;
- c) un régimen disciplinario que tenga por fin readaptar e inculcar hábitos de disciplina y de orden y en especial, desenvolver la personalidad social del condenado.

Y de hecho, con mayor nivel de complejidad y extensión, si uno revisa y compara la antigua Ley Penitenciaria Nacional (Decreto Ley N° 412/58) con la actual, notaremos que tienen una estructura similar y muchos de los artículos han permanecido iguales: por ejemplo, los referentes a las salidas transitorias.

Algunas diferencias son un poco más sutiles y nos hablan de estos cambios de época. Sobre la negativa a trabajar, la ley antigua decía: “No se obligará coactivamente a trabajar. El interno que rehusare a hacerlo, sin justo motivo, será corregido disciplinariamente, considerándose esa negativa como falta grave.” La actual morigera las medidas a tomar: “Sin perjuicio de su obligación a trabajar, no se coaccionará al interno a hacerlo. Su negativa injustificada será considerada falta media e incidirá desfavorablemente en el concepto.” Si bien para evitar este tipo de sanciones alcanza con que el interno *solicite* trabajar, es probable que detrás de esta morigeración también se encuentra la constatación de que la estructura penitenciaria actual no cuenta con los recursos suficientes para que todos los internos trabajen.

En todo caso, esta idea de “tratamiento penitenciario” puede sonar anticuada y sin embargo no deja de ser actual. La Ley de Ejecución de Pena Privativa de Libertad N° 24.660 -y su reforma bajo ley N° 27.375- lo explicita en su primer artículo:

ARTICULO 1º —La ejecución de la pena privativa de libertad, (...) tiene por finalidad **lograr que el condenado adquiera la capacidad de respetar y comprender la ley, así como también la gravedad de sus actos y de la sanción impuesta**, procurando su adecuada reinserción social, promoviendo la comprensión y el apoyo de la sociedad, que será parte de la rehabilitación mediante el control directo e indirecto.

El régimen penitenciario a través del sistema

penitenciario, deberá utilizar, de acuerdo con las circunstancias de cada caso, **todos los medios de tratamiento interdisciplinario que resulten apropiados** para la finalidad enunciada.

Es interesante notar que en la modificación que se hizo a esta ley bajo la ley N° 27.375 se incorpora la frase “*así como también la gravedad de sus actos y la sanción impuesta*”, que complejiza el objetivo de la pena e incorpora una perspectiva victimológica a lo que hasta entonces era la pura comprensión de la ley y su respeto, y que también se evidenciará en otros artículos con un lugar para la opinión de la víctima sobre los avances en las distintas fases del tratamiento. De acuerdo con esta ley, el tratamiento en sí es en realidad una parte del régimen penitenciario, que se compone de *Período de observación; Período de tratamiento; Período de prueba; y Período de libertad condicional*.

Para caracterizarlos brevemente, el período de observación sería el equivalente a la observación en una internación psiquiátrica: el organismo técnico-criminológico (la “división Criminología”) entrevista al interno, se recaban sus datos sociales, familiares, médicos, laborales y educativos y se analizaría el testimonio de sentencia recibido (es decir, por qué se lo ha condenado). Y digo “se analizaría” porque en los hechos el interno suele ingresar a la prisión “preventivamente” mucho antes de que escuche su sentencia -lo que implica que, además, en algunos casos, no será condenatoria. Con estos datos se confecciona la historia criminológica, que si nuevamente utilizamos una analogía con la medicina, es el equivalente a la historia clínica para la prisión. Sobre estos datos y escuchando las inquietudes del interno en vistas a lograr “*la cooperación del condenado para proyectar y desarrollar su tratamiento, a los fines de lograr su*

aceptación y activa participación“ se indica la fase del período de tratamiento que se propone y el tipo de establecimiento, así como algunas pautas de revisión de los objetivos alcanzados.

El período de tratamiento, a su vez, tiene 3 fases principales: *Socialización, Consolidación y Confianza*, que pueden además ser fraccionadas en tanto y en cuanto el establecimiento cuente con instalaciones o programas diferenciados.

La fase de socialización, según la ley, consiste “*en la aplicación intensiva del programa de tratamiento propuesto por el organismo técnico-criminológico tendiente a consolidar y promover los factores positivos de la personalidad del interno y a modificar o disminuir sus aspectos disvaliosos.*” Tal como puede notarse, no se especifica demasiado. Luego del paso por los módulos “de ingreso” del penal, a veces llamado así formalmente y en los que suele transcurrir el relativamente breve *Período de observación* (unas pocas semanas), se establece el pabellón o unidad residencial que alojará al interno en primera instancia.

Los diferentes pabellones o unidades residenciales agrupan a su vez poblaciones penales diversas con programas de tratamiento que pueden estar destinados a algún aspecto particular de esa población. Por ejemplo, programas específicos para adictos, para jóvenes adultos (condenados entre 18 y 21 años), para población geronte, para extranjeros, y también de acuerdo a la peligrosidad u otras características de interés criminológico: si son “primarios” o “reincidentes”, por ejemplo, o por qué tipo de delito han sido condenados. Por otro lado, muchas clasificaciones se superponen con imponderables de la realidad: no se pueden alojar internos que hayan tenido conflictos significativos con anterioridad; o a veces simplemente no hay

espacio para alojar más internos en ese pabellón o unidad en particular. Con el ingreso al primer alojamiento *comenzaría* formalmente el tratamiento penitenciario: pero nuevamente hay que utilizar el potencial en tanto que todas estas fases pueden cumplirse bajo prisión preventiva, en la que formalmente no corresponde tratamiento alguno dado que prima la presunción de inocencia.

Sin embargo, y sin que se vea afectada esta presunción de inocencia, también existe para los procesados con prisión preventiva el *Régimen de Ejecución Anticipada Voluntaria*, más conocido como “REAV” que le da la posibilidad de ir “adelantando” las diferentes fases del tratamiento incluso desde antes de su condena. ¿Por qué un interno procesado, es decir presuntamente inocente, se sumaría al régimen propio de los condenados? Un poco porque supone que será condenado por el crimen por el que fue acusado⁵, pero también porque la cárcel es un lugar a la vez terrible y aburrido si uno no encuentra algo para hacer (aunque también si lo encuentra).

En esta primera fase el interno comienza también con una serie de actividades cotidianas en las que será evaluado periódicamente (en el ámbito federal, cada 3 meses). Estas actividades incluyen trabajar en los talleres, la cocina o la panadería central de la unidad, o como fajinero de las dependencias; concurrir al nivel educativo que le corresponda, y también asistir a las (pocas) instancias de tratamiento relativas a su salud mental.

Para ingresar en la segunda fase del tratamiento, de *Consolidación*, y que suele ser además la más extensa temporalmente, ya se

5 Generalmente por el simple hecho de que sí cometió el crimen del que se lo acusa. Pero en tanto no está efectivamente condenado y en tanto hay ocasiones en que se puede contar con la impericia del fiscal o la benevolencia del juez, siempre mantienen las esperanzas.

esperan algunos objetivos: se evalúa su comportamiento frente a pares y agentes o funcionarios, no registrar sanciones por otros motivos (por ejemplo, tenencia de elementos prohibidos). También (¿quizá un poco como una rémora de otros tiempos?) la ley menciona el “demostrar hábitos de higiene en su persona, en su alojamiento y en los lugares de uso compartido”. No hace falta mencionar que las prisiones son lugares sucios, aunque paradójicamente se los limpia todo el tiempo: los fajineros, que tienen un trabajo relativamente sencillo y no muy cansador, y con “llegada” a las diferentes oficinas de la unidad intentan mantener ese puesto demostrando que todo el tiempo están limpiando; eso no impide que las cucarachas y las ratas pululen. Esa paradoja quizá se materializa en el olor que todo lo impregna: un aroma característico, mezcla de olor a grasa, fluido Manchester, basura en descomposición, lavandina y un resto de “mugre indefinida” lo permea todo. A pesar de eso, los internos suelen ducharse e higienizarse para salir de los pabellones y un interno que sea poco afecto a esa higiene personal suele ser rechazado por sus compañeros. También menciona la ley que las pautas de supervisión y contralor en sus tareas deberían menguar respecto de la fase anterior. En la realidad, esto depende más del establecimiento o la unidad residencial en la que esté alojado que en la fase que su historia criminológica refiere, aunque también puede reflejarse en la importancia o la autonomía en las tareas que realiza en los talleres.

En la *Fase de Confianza*, se mantienen los requerimientos de la fase de *Consolidación*, pero se incorporan algunas nuevas características. Ya no hay vigilancia permanente o directa en los trabajos que el interno realice de manera individual o grupal en las instalaciones del establecimiento o en algunos terrenos cercanos (como pueden ser trabajos de jardinería o huerta); un alojamiento en un sector independiente y diferenciado de los

internos que están en otras etapas del tratamiento; la ampliación de las visitas y del ambiente recreativo. Técnicamente, aquí terminaría el “tratamiento penitenciario”. Esto no quiere decir que el interno logre la libertad, pero sí que la próxima etapa le brindará ya algunos beneficios.

El *Período de Prueba* ya contempla condiciones de autogobierno, es decir, el alojamiento en establecimientos o anexos (casas de pre-egreso) semiabiertos o abiertos. En estos establecimientos el interno puede lograr “salidas transitorias” o incorporarse al régimen de “semilibertad” que se otorgan tienen por objetivo comenzar a afianzar los lazos con el mundo exterior, y suelen utilizarse para estudiar o concurrir a trabajar (sí, como un hospital de noche). Según el nivel de confianza, podrán ser acompañados por un agente -que no va uniformado-, bajo la responsabilidad de un familiar o referente del interno, o bajo palabra de honor. No hay que confundir esto con la “libertad condicional” en la que el interno, antes de la finalización de su condena, es devuelto a su hogar a finalizar allí su condena bajo la supervisión del patronato de liberados o de miembros del servicio social.

La *Conducta* y el *Concepto* siguen siendo importantes y se expresan todavía de acuerdo a una escala cualitativa que va desde “pésima” a “ejemplar”⁶. Tal como está definida hoy, la *Conducta* refleja “la observancia de las normas reglamentarias que rigen el orden, la disciplina y la convivencia dentro del establecimiento”, y es tenida en cuenta para establecer la frecuencia de las visitas o la participación en actividades recreativas, aunque, nuevamente, aquí predomina más el establecimiento en el que esté que la calificación personal. El *Concepto*, por su

6 Para ser más detallados: a) *Ejemplar*; b) *Muy buena*; c) *Buena*; d) *Regular*; e) *Mala*; f) *Pésima*.

parte, refleja la “*evolución personal de la que sea deducible su mayor o menor posibilidad de adecuada reinserción social*” y es tenida en cuenta para la aplicación de la progresividad del régimen, el otorgamiento de salidas transitorias o el régimen de semilibertad.

Hasta aquí un breve repaso de lo que significa hoy el “tratamiento penitenciario”, con algunas rupturas y muchas continuidades respecto de los tiempos de la Dirección General de Institutos Penales. Sin embargo, al menos en mi experiencia personal, el “tratamiento” refiere a una tecnología que ha caído en el descrédito. Si bien puedo dar fe de que se lo cumple lo mejor que se puede con los recursos existentes, son relativamente pocos los agentes, profesionales y magistrados convencidos en que este régimen logrará de por sí un cambio en el interno, llevándolo desde “la maldad” a “la bondad” como el método de Ludovico había llevado al *nadsat* Alex desde las penumbras hacia la luz. En relación con los internos, siempre está la sospecha de que sus avances en el mismo no responden a ese deseo de superación personal, sino al deseo -más que entendible- de avanzar en las diversas fases y llegar así a la libertad.

Conclusiones

Al comenzar a escribir este artículo un poco mi idea era contraponer ese tratamiento tan detallado de la época de los Institutos Penales con el relativamente escueto que se lleva hoy en día, donde suelen predominar en las historias criminológicas actuaciones dirigidas desde y hacia el juzgado. Estas historias criminológicas actuales se me aparecían como tecnicistas y burocráticas, frente a las historias que producía el Instituto de Clasificación, detalladas, minuciosas, en las que se intentaba

encontrar la causa que había llevado al interno fatalmente hasta el delito.

Sin embargo, recorriendo nuevamente la historia de José F., creo que esa idea finalmente no se sostiene. En su época se consideraba que la pena tenía una fase⁷ intimidatoria y una resocializadora y en virtud del avance que se veía en ambas se evaluaba el progreso del interno; pero el único verdadero tratamiento, como dijimos, era en menor parte la educación, y principalmente el trabajo y la disciplina. No había más que eso, el resto era únicamente esa recolección detallada de información, en la que si bien se evaluaban de forma frecuente los efectos de la pena en el carácter, se daba por sentado de que esa pena por sí misma iba a “curarlo”. Los mismos problemas persisten. Acotados en su alcance y con las dificultades intrínsecas al sistema carcelario, los programas de tratamiento y ciertas comunidades -por ejemplo, religiosas- que se forman dentro de las prisiones no dejan de tener una influencia más beneficiosa para los fines que se persiguen según la ley que el viejo sistema que vimos en detalle.

Antes de cerrar este texto me gustaría dejar meramente asentadas dos cuestiones más. Primero, que no podemos dejar de mencionar en este punto a algunas ideas de Michel Foucault⁸. No es para nada original intentar analizar a *La naranja mecánica* desde un punto de vista foucaultiano. Por una cuestión de fechas, no pudo haber influencias de las teorías de Foucault sobre Burgess, cuya influencia principal se suele ubicar en 1984 de Orwell. Tampoco he encontrado referencias de parte de Foucault a la novela. Sin embargo la

7 Si bien se las denominaba “fases” no se las debe considerar necesariamente como una secuencia temporal. Eran más bien dos dimensiones propias de la pena.

8 Para felicidad de nuestro director y con su beneplácito.

compenetración entre ambas miradas es clara. Podríamos (y deberíamos) extendernos en las implicancias del tratamiento que analiza Foucault tan detalladamente en *Vigilar y castigar* y *La verdad y las formas jurídicas*, pero no estaría bien tentar la paciencia de nuestros lectores con ese desarrollo.

La segunda cuestión es de orden especulativo. Suponiendo que contáramos por un método Ludovico efectivo, y suponiendo además -cuestión que no es menor- que ese método no conlleva el sufrimiento que se describe en la novela o se muestra en la película: ¿tendríamos derecho a usarlo?, ¿tenemos derecho a reeducar a personas adultas a fin de que se comporten de determinada manera, no ya en aras de aligerar el sufrimiento o evitar un peligro, sino en virtud de una norma impuesta? ¿Debemos como sociedad castigar una acción prohibida o modificar un comportamiento desviado? En las respuestas que demos a esas preguntas se juega la separación entre la psiquiatría y su doppelgänger.

*Hay 4815162342 terapeutas disponibles.
¿Cómo vas a ganarle a la competencia?*

INTERACT

**la app que te permite ser más eficiente en la gestión
de tu consultorio optimizando tus ganancias!**



Seleccioná tus clientes, agrupalos por clusters y programá el envío de manuales, tareas y recordatorios.



Creá tu propio pool de respuestas automáticas para reducir el tiempo de espera y optimizar tu consulta.



Más feedback! Tus clientes pueden calificar cada sesión, su progreso y tu desempeño.



Accedé a tu reporte personalizado diario, estadísticas con tus áreas a mejorar, curso de leadership y self-branding.

**COMENZÁ
HOY**



LIBROS

Apuntes sobre el suicidio - Simon Critchley

(Alpha Decay, 2022)

Marcos Zurita

Un filósofo narcisista y su visión pequeña sobre el fenómeno del suicidio



Simon Critchley nació en Herfordshire, UK, en 1960. Es filósofo y desde 2004 imparte clases en la New School for Social Research de Nueva York. En 2021 la Academic Influence (sic) lo nombró uno de los veinticinco filósofos contemporáneos más influyentes.

Con esos pergaminos en la solapa, la lectura de este ensayo confirma un prejuicio. Dar clases en EEUU o ser nombrado como *influencer académico*, no es garantía de nada.

La versión original de este ensayo fue publicada en el 2014. En pandemia, el autor consideró darle una relectura y le agregó un prólogo que funciona como una especie de respuesta a algunas críticas, aclaraciones innecesarias (los textos hablan por sí mismos, no hace falta defenderlos) y, por qué no pensarlo, una forma de aumentar su volumen (los editores españoles no lo consideraron suficiente y agregaron las páginas de la obra “Sobre el suicidio” de Hume, ya sin derechos de autor, para que la extensión superara las 100 páginas).

Simon Critchley (SC) elige como epígrafe una frase de John Day, un impresor del siglo XVII, que dice : **“La vida es muerte y la muerte es vida”** [dejo este espacio para reflexionar]. **Juan Gabriel**, el célebre autor de canciones románticas - en el sentido de la tragedia pop mexicana, no en el sentido alemán-, tres siglos después, expresaba la misma idea de una forma menos concreta y más poética:

*Aunque me digas que no puedes olvidarme,
En este mundo nadie es indispensable,
Tu puedes ser feliz sin mi y yo sin ti,
Y aunque me digas
que yo soy toda tu vida,
Y como en todo lo que hay vida existe muerte,
Y yo no quiero ser la muerte para ti*

Pero dejemos la periferia y vayamos al texto. Dice SC: “Cuando escribí estos Apuntes sobre el suicidio, mi propósito era sencillo: tratar de abrir un espacio para reflexionar sobre el suicidio como acto libre, y ampliar, en la medidas de las

posibilidades, el léxico de dicha reflexión”.

SC cree estar diciendo algo original pero no hace tanto tiempo, apenas unas decenas de años atrás, Thomas Szasz se metió en ese barro con *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide* (1996) y, releendo algunas partes de ese libro para escribir esta reseña, hay que decir que lo hizo de manera mucho más consistente y con menos tibieza narcisista que Critchley.

Porque sí, este ensayo es un “ensayo del yo”. Suena horrible y la verdad que por momentos lo es. Apenas dos páginas después de sentar posición en esa primera frase, SC dice “me opongo profundamente a cualquier argumento que afirme que la soberanía de Dios, un monarca, un país o una comunidad ha de ser el fundamento de la prohibición del suicidio. Asimismo, recelo de aquellas afirmaciones de soberanía individual que defienden cualquier expresión del derecho al suicidio como una simple elección racional o una libertad civil evidente en sí misma”. Se opone profundamente a A y recela de B para poder preservar su narcisismo en una zona de no conflicto, en la inmunidad diplomática ficticia del “ni muy muy, ni tan tan”.

El ensayo tiene dos problemas graves, además de la cuestión de estilo o quizás como consecuencia de ese estilo yoico. Uno es que está sesgado por el mundo sociocultural del autor, que es un académico del primer mundo lleno de prejuicios. Así, habla del calentamiento global como un tema de “enorme trascendencia” o de las redes sociales, a las que eleva a “una relación de causalidad, o cuanto menos una correlación (sic) con trastornos del ánimo y suicidios”, pero no menciona las crisis económicas generadas por una distribución de la riqueza cada año más injusta, ni las casi inexistentes posibilidades de ascenso social de las nuevas generaciones, ni el deterioro de

las conquistas sociales de las anteriores. En otras palabras, universaliza sus *white people problems* (y prejuicios reaccionarios). También mete de forma forzada la cuestión de género (hay que ganarse el *grant*). Por momentos tiene una impunidad de opinador de tele, abraza la teoría biológica y se pregunta de forma retórica si “los patrones de conductas suicidas podrían explicarse mejor orgánicamente, con arreglo a la neurobiología e incluso a los niveles de serotonina”. Ya le contestó Moncrieff, pero resulta exasperante o gracioso (según la paciencia con que uno lea esto), escuchar a un académico social bajo un teflón de legitimidad hablar de la serotonina. Sin embargo, lo que decididamente es irritante es que después de decir eso, aclare “carezco de la formación especializada necesaria para plantear una opinión informada y útil al respecto”. Entonces, querido Simon, calla.

El otro grave problema que tiene el estilo y el contenido de Critchley es que es profundamente moralista. Como ejemplo, basta su demonización de los celulares: llega a decir que si bien la Gran Recesión del 2007-09 *puede ser* que haya incidido en los suicidios “no hay duda de que uno de los factores principales es la adopción acelerada e increíblemente generalizada del smartphone y la difusión de las redes sociales”. Suena a viejo que se pierde el tren (*En mi época...*). Llega a decir que “es indiscutible que hay una relación entre el uso de redes sociales y las ideas y conductas suicidas”.

Estamos frente a un filósofo que **habla desde absolutos y prejuicios**. Que no se hace preguntas, que tira postas y que su corpus teórico más importante es mirarse al espejo y recitar un salmo de autoindulgencia.

Dice en el extenso prólogo: “Dejando de lado los datos empíricos y pensando en un terreno más próximo a la intuición y los sentimientos personales...”. Esa línea ya es suficiente para tirar el libro al fuego e ir salando la entraña y pinchando los choris, pero uno se brinda al lector, a esta reseña y la lectura continuó.

Otro problema con este filósofo que no se hace preguntas reales es que se nota que leyó muchos papers sin un ejercicio de priorización, lo que lo lleva a no poder discriminar los sesgos (se va a excusar que no es su saber) y se come todas las falacias de correlación (es alguien que leería con inocencia aquellos gráficos que mostraban la correlación entre el número de personas ahogadas al caer a una pileta y las veces que aparece Nicholas Cage en una película).

Uno puede pesquisar el sesgo del autor (su moralidad, su autolegitimación, su venta de humo) en ciertos conectores y firuletes de estilo. Hay que hacer la salvedad que estoy leyendo una traducción, pero no creo que el original en inglés sea muy diferente en estas cosas.

Critchley esconde sus prejuicios en “sabemos que..”, “es sabido..”, “hay pruebas”, “están bien documentados” y hasta un triste “es indiscutible”.

El ensayo original

Luego del update del 2020, el libro del 2014 arranca con una primera línea que dice “Este libro no es una nota de suicidio”.

Luego deviene en un resumen de la historia punitiva del suicidio como *autohomicidio*, el origen en la religión y las leyes y menciona a la psiquiatría como la bisagra que cambió la categoría de “pecado” por la de “trastorno mental”. Sin embargo, dice SC, “el juicio moral implícito sobre el suicidio que nos ha legado la teología cristiana permanece intacto”.

A la sombra del libro de Szasz, cuyo estilo es abiertamente confrontativo y mejor documentado, estos parecieran ser *realmente* “Apuntes” sobre el tema. Ahí no mintió.

En la primera parte de la obra, SC nos cuenta que tuvo ideas suicidas (da su testimonio), que se aisló en un hotel en un pueblo costero alejado para escribir sus verdades y nos recomienda que veamos un capítulo de True Detective. Se permite una lírica insuflada: “escribir es ausentarse de la vida”.

En la segunda parte, enumera datos históricos y cuestiones filosóficas. Mantiene algunas líneas de pensamiento que llegan a lugares como “Además, si la vida es sagrada, entonces toda la vida lo es y también estará prohibido arrebatarle la vida a las vacas, las ovejas, los pollos o los peces para alimentarse (...) ¿Y acaso las frutas y verduras no están vivas también?”.

El libro tiene dos capítulos más. No los quiero aburrir, solo diré que en uno cuenta que hizo un taller sobre Cartas de Suicidas en una librería de Nueva York y que se armó un debate por un periodista que contó del evento. Obviamente cuenta que estaba su mujer en el taller y que él no pudo escribir su propia carta suicida (yo, yo, yo). En el último intenta cerrar sus líneas de pensamientos de calles cortadas exclamando que no hay que esperar ninguna revelación, y básicamente que hay que vivir el presente con lo que se tiene y ya. Nombra a Blanchot, a Virginia Woolf, y a Kurt Cobain y se permite defender tibiamente la eutanasia. No se va a morir de originalidad.

Autores

Javier Fabrissin

Médico especialista en psiquiatría. Codirector de ATLAS
Prof. Adjunto de SM II (Facultad de Medicina, USP-T).
jfabrissin@gmail.com

Natalia Fuertes

Médica psiquiatra. Ejerce la poliatención.

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.

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

Nicolás Oliva

Médico psiquiatra. hace muchas cosas.

www.mundoatlas.com