

# ATLAS

10

otra revista de salud mental,  
una revista de psiquiatría de enlace



# Editorial

---

En marzo del 2014 salía el primer número de ATLAS. Ahora llegamos al 10, un número redondo, sugerente. No pensamos en llamarlo número aniversario, aunque sin dudas es un número especial, en el que la consigna fue armar listas de 10 elementos. Como viene pasando con la revista, ese disparador inicial creció hasta llegar al contenido que tienen ante sus ojos. Once autores con textos inéditos que adoptan el espíritu del primer número: escribir desde un lugar propio, esquivando la tibieza y aburrimiento que solemos leer en muchas publicaciones.

Parafraseando a una canción de Lou Reed (Strawman, 1990), nos preguntábamos en el 2014 si alguien necesitaba otra revista de psiquiatría. La respuesta se completó de la mano de los lectores que apoyaron la publicación y que encontraron en ATLAS un lugar de pensamiento actual e independiente.

[Fin del discurso] [Tibios aplausos de compromiso, palmadas en la espalda]

¿Qué van a encontrar en este número especial?

**Marcelo Cetkovich** respondió a un desafío enorme: elegir los diez papers que, según su punto de vista, cambiaron la psiquiatría. Dividimos la lista en dos partes

con la intención de favorecer la atención. Vale la pena detenerse en cada una de las elecciones.

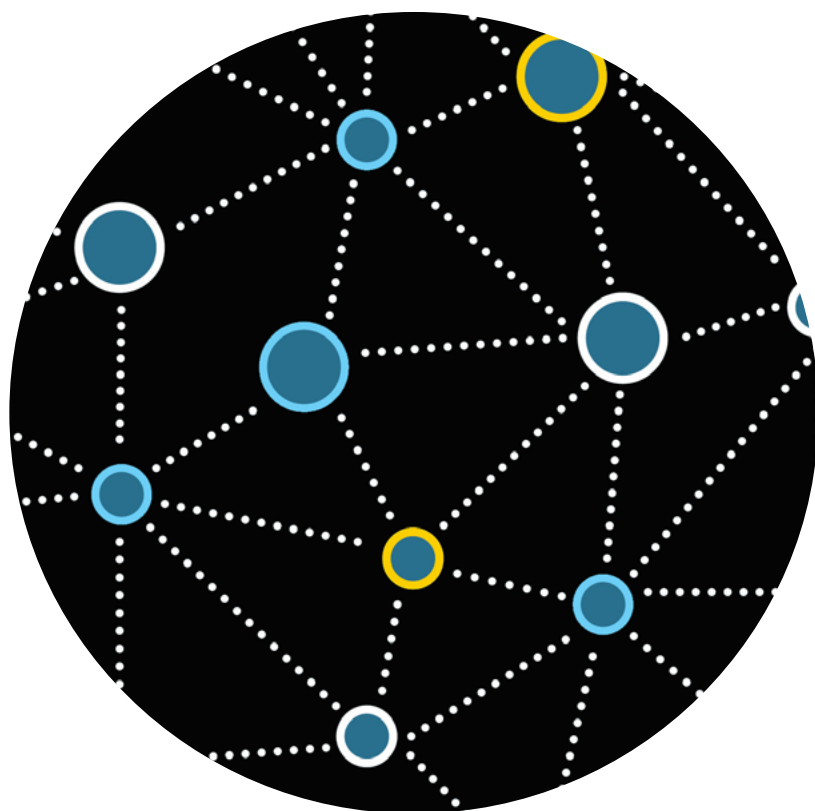
**Sergio Halsband** escribe por primera vez en ATLAS y su debut es con un jugosísimo texto: diez fármacos que tuvieron algunos minutos de fama y cayeron en el olvido.

**Norma Derito** ofrece una biblioteca de formación psiquiátrica, en un texto que recorre su propio camino de descubrimiento.

**La planta oficial de ATLAS** escribió sobre nuevos tratamientos que orillan el espíritu de Wilhelm Reich, mencionado en un nuevo espacio (Grandes Momentos de la Psiquiatría), la moda de la estimulación eléctrica en casa, las diez cosas que hay que tener en cuenta para hacer una buena interconsulta y una investigación exclusiva: diez batallas de la ciencia vs. las pseudociencias.

Al cumplirse el primer aniversario de su muerte, hemos incluido un dossier sobre Oliver Sacks que surgió a partir de una Mesa Redonda presentada en el último congreso de APSA y que derivó en estos textos que ahora publicamos. Queremos agradecer a los autores (**Santiago Levin, Daniel Matusевич, Laura Sobredo, Maria Celeste Romero, Federico Pavlovsky**) y especialmente a **Fabián Triskier**, quien logró que esto sea factible.

Por último: agenden esta fecha: **el sábado 12 de noviembre de 2016** se realizará la **Primera Jornada de ATLAS, organizada conjuntamente con PROYECTO SUMA**. Podemos adelantar que girará alrededor del fenómeno obsesivo, con una dinámica que, esperamos, esté en sintonía con la propuesta de la revista. Será una oportunidad de encontrarnos en el mundo que en siglos anteriores era llamado “real”.



# Sumario

Editorial .....	2
Diez papers que cambiaron la psiquitría - 1º Parte (Marcelo Cetkovich Bakmas) .....	5
Los que lo son, los que lo fueron antes (Sergio Halsband) .....	23
Los libros que me enseñaron (Norma Derito) .....	32
Diez batallas de la ciencia vs las pseudociencias (Marcos Zurita) .....	42
10 promesas terapeuticas: todo lo que sabés está mal 1º parte (Javier Fabrissin) .....	49
Diez papers que cambiaron la psiquitría - 2º Parte (Marcelo Cetkovich Bakmas) .....	62
10 promesas terapeuticas: todo lo que sabés está mal 1º parte (Javier Fabrissin).....	73
Diez cosas a tener en cuenta para hacer una buena interconsulta (Marcos Zurita) .....	96
Magiclick (Javier Fabrissin) .....	100
Dossier Oliver Sacks (Levin, Matusevich, Sobredo, Pavlovsky, Romero, Triskier) .....	109
Cierre .....	158

---

ATLAS Año 3 N° 10. Primavera 2016. ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Autowahn Editora.  
Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace Asociación de Psiquiatras Ar-  
gentinos. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Belgrano 1431 1 "8" C1093AAO C.A.B.A. TE: 4383-6123 /  
mail: autowahn@gmail.com

# Diez papers que cambiaron la psiquiatría (primera parte)

---

Marcelo Cetkovich Bakmas

---

## **Introducción**

Ante el nuevo desafío de los amigos de Atlas, me encontré con la realidad de que me resulta difícil reseñar diez artículos que hayan “cambiado la psiquiatría”. No creo en la perorata de las subjetividades, porque es la puerta de entrada del post-modernismo sedicente que termina, entre otras cosas, en la antipsiquiatría. No se trata de que no creo en la subjetividad, sino que desconfío de los discursos que se encabezan con ella. Por eso lo que voy a reseñar son diez artículos de los cuales no tengo dudas que colaboraron a cimentar o modificar mi propia concepción de la psiquiatría. Sí agregaría que considero que estos diez artículos deberían ser leídos por todos aquellos que quieran ser psiquiatras de aquí en más, aunque alguno de los artículos tiene más de cincuenta años.

Tal tarea no podía comenzar con otra cosa que no fueran una serie de artículos de Goldar y Outes. Quienes conside-

ramos nuestros maestros, publicaron en una época donde el estudio neurobiológico de la conducta requería tres cosas que a ambos les sobraba: valentía para ir en contra del animismo imperante, enorme experiencia clínica y profunda erudición sobre la neurobiología y su historia. Algo que no parece abundar en la actualidad. Esta erudición provenía no sólo de la lectura obsesiva de todo lo pertinente (una de las primeras tareas que nos asignó DL Outes fue la búsqueda de viejos artículos que él conseguía luego de un rastreo minucioso por bibliotecas científicas de toda la ciudad y el mundo; muchas veces las copias llegaban en microfilms, luego de meses de espera. Cada día reflexiono lo que hubiera disfrutado Outes la accesibilidad inmediata a la bibliografía, incluso la antigua, en la era de los ordenadores); por otro lado, se nutría del ejercicio casi religioso de la práctica impuesta por el gran Braulio Moyano: “por la mañana a ver pacientes, por la tarde a ver cerebros” (DL Outes, Comunicación personal). La multiplicidad de comunicadores de las neurociencias que han proliferado como setas, muestra un desconocimiento absoluto sobre las raíces históricas de la disciplina, además de, en muchos casos, nula experiencia clínica para comprender los alcances de muchas de las investigaciones que intentan glosar. Es asombroso que éste artículo de Goldar y Outes, que pasamos a reseñar, no forme parte de la literatura obligada de todo curso de neurociencias moderno. Sus contenidos son un pantallazo minucioso sobre la comprensión de la neurobiología de las emociones al momento de su publicación y predata mucho de lo que hoy nos explica Joseph Le Doux.

## **1. Fisiopatología de la Desinhibición Instintiva. Juan Carlos Goldar, Diego Luis Outes.**

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 1972; 18:177

Este paper de Goldar y Outes de 1972 se adelanta 22 años al estudio de Damasio sobre el caso Phineas Gage, que abrió los estudios modernos sobre la corteza orbitaria. Enfoca el mismo tema básico, el rol de la corteza órbita-frontal en la conducta social. Comienza con la siguiente frase:

“Las respuestas instintivas que se elaboran en el cerebro interno (sistema límbico) a partir de los impulsos sensoriales que provienen de las regiones cerebrales externas posteriores (parieto-témpero-occipitales), pueden ser inhibidas desde el cerebro externo anterior (frontal)”.

Revisan en forma minuciosa la evidencia disponible en ese momento sobre la regulación emocional, toda ella basada en estudios anátomo patológicos desarrollados antes de la existencia de las neuroimágenes.

Relatan el caso de un cambio de personalidad postraumático, que produjo el típico síndrome pseudopsicopático, el cual motivó la hospitalización del paciente. Con el fallecimiento del mismo la necropsia muestra claramente signos de degeneración postraumática de la corteza órbita-frontal anterior, lo que da pie a que los dos sabios expliquen lo poco que se sabía hasta ese momento al respecto. Citan los casos de la investigadora austríaca Leonore Welt que tuvo toda una serie de casos de lesiones orbitofrontales. También refieren los aportes de Kleist, el gran olvidado de las ciencias neurocognitivas modernas, quién se refirió al rol fundamental de la corteza orbitaria en la función social. Goldar y Outes destacan el rol del fascículo Uncinado, que une la corteza orbitofrontal con el



polo temporal. Explican el rol central de la corteza orbitofrontal anterior para mediar entre los impulsos “vitales” originados en el sistema límbico, a partir de la información generada en el cerebro posterior y el rol inhibitorio (hoy diríamos de la “conducta prepotente”) de la convexidad del lóbulo frontal. “La corteza temporalbasolateropola, que representa un vínculo cortical entre las aferencias sensoriales y las reacciones instintivas, es controlada por la corteza orbiaria del lóbulo lo-frontal”, explican.

Una joyita dentro de este trabajo cuya lectura minuciosa recomendamos, es la explicación del área septal (Gyrus subcalloso) y su rol interpósito entre las áreas “instintivo tímicas” y “cronomnésicas”. El gyrus subcalloso establece, a través de la Bandeleta Diagonal de Broca, los vínculos de doble vía con la amígdala. Estas conexiones se encuentran en la actualidad, en la “zona caliente” que explicaría algunos fenómenos propios de los estados afectivos.

## **2. Juan Carlos Goldar; Diego Luis Outes Los fundamentos neurobiológicos de la significación.**

Neuropsiquiatria (Arg) 1976;VII; 1-96 (1): 5-16.

Nuevamente hacen gala de su profundo conocimiento clínico y neurobiológico. En este caso el tema son las afasias para ser más preciso, la configuración de los sistemas corticales que permiten el lenguaje verbal. Toman como base las ideas de Norman Geschwind quien tempranamente señaló que la capacidad de adquirir lenguaje tiene como fundamento la posibilidad para establecer asociaciones entre la audición y las otras modalidades sensoriales.

En base a esto Goldar y Outes describen lo que ellos denominan “centros paraverbales”, incluídos en las áreas 37 39 y 40 de Brockmann localizadas en la región temporal posterior, girus angular y giro supra marginal. Luego de describir la

funciones de la cortezas sensoriales primarias asociativas, señalan que las áreas paraverbales en su condición de regiones de “asociación de asociaciones”, son las que permiten la estructuración de los significados del lenguaje.

Éstas regiones paraverbales tienen una característica anatómica fundamental: siguiendo los postulados de las leyes mielogenéticas de Paul Flechsig, se trata de áreas terminales. ¿Qué significa esto? Flechsig observó que la mielina de la corteza cerebral se va desarrollando según una serie de leyes, entre las cuáles la más importante es la que señala que la regiones filogenéticamente más nuevas adquieren su vaina de mielina en forma más tardía. Por eso las regiones terminales maduran más tardíamente y esto no permite comprender su mayor vulnerabilidad a agresiones perinatales. Estos principios de Flechsig siguen la ley de Haeckel: “La ontogenia es una breve recapitulación de la filogenia”. La corteza auditiva asociativa es el área de Wernicke, que Outes y Goldar consideran un centro de la memoria para los sonidos verbales. Pero si por lenguaje entendemos exclusivamente la capacidad de elaborar significaciones el área de Wernicke no integra los centros de lengua. La posibilidad de otorgar significado a la palabra se genera con la aparición, en la especie humana, de las mencionadas regiones para verbales. Éstas se caracterizan por ser áreas de asociación de asociaciones.

Los autores consideran que la significación es un equivalente de la vivencia de familiaridad, en este caso referida a la función verbal. La vivencia de familiaridad y sus disfunciones concepto que Goldar desarrolló desde lo neurobiológico hasta su significado clínico en la vivencia parnoide, se adelantó varias décadas al modelo actual que denominamos “saliencia” y “saliencia aberrante” desarrollado por Shitij Kapur.

Éste artículo merece un comentario más abarcativo. Goldar y Outes escriben en un momento de la psiquiatría en el

cual los vínculos con la neurología no podían ser más endebles. Ambos estaban formados en cada una de las disciplinas. Outes era neurólogo, pero tenía un conocimiento profundo y detallado de la clínica psiquiátrica, no es casual que haya sido de los primeros en destacar la importancia de los aportes de la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard al conocimiento de la psicosis endógenas. Goldar por su lado tenía formación como psiquiatra, pero detentaba un minucioso conocimiento neurológico, pudiendo abordar los diagnósticos más complejos en ésta disciplina. Ambos los unía la pasión por el estudio de las intimidades del sistema nervioso y estaban convencidos de que la separación entre la neurología y la psiquiatría era artificial. En la actualidad vemos que existe una tendencia clara y definida hacia el reencuentro entre estas dos disciplinas, respetando las características de cada una pero reconociendo que ambas refieren al mismo sistema.

### **3.Karl Kleist. Schizophrenic Symptoms and Cerebral Pathology.**

Journal of Mental Science, 1960:246-255

En forma lamentable, la mayor parte de la obra de Kleist no ha sido traducida a ningún idioma. Sólo contamos con la titánica labor del Maestro Diego Luis Outes y su traducción de las “Diez Comunicaciones” al español (Polemos, 1997). La obra príncipe de Kleist, “La Patología Cerebral”, está disponible sólo en su versión original la cual, para colmo, tiene la fama de estar escrita en un alemán de difícil lectura. Esta situación torna a esta rara publicación en inglés en una verdadera sonda para conocer el pensamiento psiquiátrico profundo de Kleist.

Comienza Kleist diciendo que “la enfermedad que fue primero descrita por Kraepelin y que él llamó dementia praecox fue más correctamente designada como una Zerfallskrankheit (enfermedad desintegrativa) por Eugen Bleuler, que llamó a la

enfermedad esquizofrenia. En ésta enfermedad o mejor dicho, grupo de enfermedades, no solo uno encuentra síntomas y signos característicos que ocurren en otras psicosis funcionales, sino que, si adecuados métodos de examinación son utilizados, síntomas que se encuentran también en enfermedades cerebrales groseras, son suscitados. Aparte de ésto, muchos otros síntomas adquieren un nuevo aspecto cuando son vistos desde el punto de vista de la neuropatología. Esto podría justificar nuestro intento de considerar toda la sintomatología esquizofrénica desde el punto de vista de la neuropatología” Compara el deterioro intelectual de la esquizofrenia con el deterioro de enfermedades como la corea de Huntington o el Alzheimer. Hace un esfuerzo para explicar las diferencias entre forma y contenido, uno intuye protegiéndose de las críticas hacia un organicismo exagerado ya vigentes. Habla de “correspondencia” entre los fenómenos mentales y los procesos cerebrales. “Por lo que estoy muy lejos de identificar uno con el otro o de hacer de la psique algo material”. No tenemos dudas que su idea real era totalmente alejada de ésto y que el contexto lo obligaba a esta perífrasis. Acto seguido dice que no importa si un paciente escucha la voz de su esposa o su amante o si algún conflicto pasado del cual no es consciente, forma parte del delirio y sigue: “el contenido de una estereotipia particular puede ser explicado como derivado de cierta experiencia del paciente, pero no la conducta estereotipada per se”. Ilustra con varios ejemplos de pacientes con formas confusas de esquizofrenia, cuyo discurso está plagado de paragramatismos, parafasias, paralogias y parapraxias y postula que todas estas podrían ser consecuencia de disfunciones diencefálicas. Reseña una serie de casos de “somatopsicosis” y “autopsicosis”, caracterizados por abundantes alucinaciones de tipo cenestopáticas y señala que ha observado fenómenos similares en pacientes con lesiones cerebrales en el cíngulo, donde se reúnen impulsos aferentes de los órganos internos y centros vegetativos, que llegan a través del núcleo anterior del tálamo.

Concluye que datos de estimulación le permiten afirmar a la ínsula de Reil como el posible sitio de localización de estos trastornos. Hoy en día conocemos bien el rol de la ínsula en la interocepción. Más allá de las interpretaciones neurobiológicas que hace Kleist, una riqueza de este artículo radica en las precisiones clínicas, por ejemplo cuando explica las distintas coloraciones afectivas de las diversas formas de psicosis paranoides: “La Autopsicosis Expansiva, la Fantasiofrenia y la Confabulosis Progresiva son alegres y expansivas. La Psicosis Progresiva de Inspiración es extásica, la Alucinosis Progresiva y las Psicosis de influencia y referencia son suspicaces o ansiosas y la Somatopsicosis Progresiva es disfórica”. Por supuesto que la mayoría de quienes lean ésto desconocen las descripciones clínicas de Kleist, que fueron una especie de ensayo general para el extraordinario trabajo posterior que hizo con Leonhard. En todo caso son un reflejo del enorme valor de la descripción clínica minuciosa y una ventana indiscreta a la hipótesis contrafactual sobre qué hubiera ocurrido si los psiquiatras, en lugar de elegir atajos manualizados, hubieran continuado practicando y perfeccionando la ciencia y arte de la psicopatología descriptiva y diferencial.

Luego de reseñar las diversas formas clínicas de hebefrenia, resaltando la “devastación afectiva y el aplanamiento ético” de la Hebefrenia Apática; El aplanamiento afectivo y ético así como las conductas pueriles y los hábitos excéntricos de la hebefrenia Insulta y la depresiva y la suspicacia de la hebefrenia autística, nos regala la siguiente reflexión: “Visto desde el punto de vista neuropatológico, la regresión ética de los hebefrénicos es comparable con los cambios de carácter que ocurren en injurias y lesiones focales del cerebro orbitario

**4. Eric R Kandel. (1998). A new intellectual framework for psychiatry.**

American journal of Psychiatry, 155(4), 457-469.

Este extraordinario artículo de quien dos años más tarde se haría acreedor del Premio Nóbel de Medicina y Fisiología tiene la virtud de, en primer lugar, desnudar la situación precaria de la psiquiatría norteamericana hacia la década del sesenta. Kandel nunca pudo desembarazarse de su formación psicodinámica y esto explica lo que consideramos una contradicción. Por un lado, reseña claramente cómo la psiquiatría dinámica dominante no solo no impulsaba la investigación, sino que desalentó el estudio entre los residentes. Cuando quisieron invitar a un experto en genética de los trastornos mentales, no pudieron encontrar uno sólo en el área de Boston. Más tarde, su afinidad con las ideas del psicoanálisis fue utilizada para la creación del “Neuropsicoanálisis”, movimiento del cual todavía estamos esperando producción, aunque parece que, efectivamente, hay protocolos avanzados cuyos resultados esperamos.

Luego de esta descripción histórica, el científico cuyas investigaciones sobre la memoria sentaron las bases para el modelo neurobiológico moderno, repasa los principios fundamentales de este nuevo marco conceptual.

“Principio 1: Todos los procesos mentales, aún los más complejos procesos psicológicos, derivan de operaciones del cerebro. El supuesto central de esta visión, es que lo que comúnmente llamamos mente es un rango de funciones llevadas a cabo por el cerebro. Las acciones del cerebro no sólo subyacen en conductas motoras relativamente simples, como caminar o comer, sino todas las acciones cognitivas complejas, conscientes e inconscientes, que asociamos en forma específica con la conducta humana como pensar, hablar, y crear obras de literatura, música y arte. Como corolario, los trastornos conductuales que caracterizan a las enfermedades psiquiátricas

son perturbaciones de la función cerebral, incluso en aquellos casos en los cuales las causas de las perturbaciones son claramente ambientales en su origen”. Nos parece increíble que, sobre todo en nuestro medio, estos postulados sean aún puestos en duda, sobre todo por profesionales vinculados a la salud mental.

“Principio 2: Los genes y sus productos proteicos son determinantes importantes del patrón de interconexiones entre neuronas en el cerebro y los detalles de su funcionamiento. Genes, y en forma específica, combinaciones de genes, por lo tanto ejercen un control significativo sobre la conducta. Como corolario, un componente importante que contribuye al desarrollo de las mayores enfermedades mentales, es genético”.

“Principio 3: Alteraciones genéticas no explican, por sí mismas, todas las variaciones de un trastorno mental dado. Factores sociales y del desarrollo también contribuyen en forma muy importante. Así como combinaciones de genes contribuyen a la conducta, incluyendo la conducta social, también factores sociales ejercen acciones sobre el cerebro mediante una retroalimentación que modifica la expresión genética y, entonces, la función de las células nerviosas. El aprendizaje, incluso el aprendizaje que resulta en conducta disfuncional, produce alteraciones en la expresión genética. Por lo tanto todo lo de “nurtura” es, finalmente, expresado como “natura””.

“Principio 4: Las alteraciones en la expresión genética inducidas por el aprendizaje dan lugar a cambios en los patrones de conectividad neuronal. Estos cambios no solo contribuyen a las bases biológicas de la individualidad sino que, en forma presuntiva, son responsables por la iniciación y el mantenimiento de alteraciones de conducta que están inducidos por contingencias sociales”. Extraordinario; todavía se sabía poco sobre la regulación epigenética y Kandel ya la intuye fuerte-

mente. Elizabeth Blackburn demostró la erosión de los telómeros por efecto del estrés y recibió el Nobel en 2009.

“Principio 5: En la medida que la psicoterapia o el asesoramiento es efectiva y produce cambios prolongados en la conducta, lo hace en forma presumible a través del aprendizaje, produciendo cambios en la expresión genética que alteran la fortaleza de las conexiones sinápticas y cambios estructurales que alteran el patrón anatómico de interconexiones entre las células nerviosas del cerebro. En la medida que la capacidad resolutoria de las técnicas de imágenes aumentan, permitirá eventualmente la evaluación cuantitativa de la evolución de la psicoterapia”.

Luego de definir los principios del cambio de paradigma conceptual, Kandel fundamenta cada uno en forma minuciosa, haciendo gala de una capacidad de análisis y comprensión notables. No hay dudas que su pensamiento sobrevuela la investigación actual en ciencias de la conducta, tornando este artículo insoslayable. Nos llama poderosamente la atención la cantidad de veces que le hemos preguntado a residentes de psiquiatría si lo habían leído, encontrando una respuesta negativa.

**5. Steven E Hyman y Eric J Nestler. Initiation and Adaptation: A Paradigm for understanding Psychotropic Drug Action.**

Am J Psychiatry 1996;153:151-162

Durante un cierto lapso de tiempo, el modelo “cuantitativo” de la depresión brindó una explicación conceptual al mecanismo por el cual los antidepresivos ejercen su efecto terapéutico. El primero de estos modelos fue la hipótesis catecolaminérgica de JJ Schildkraut quién, basándose la acción de los tricíclicos y los IMAO y, más tarde en algunos datos



experimentales sobre los niveles de MHPG -el principal metabolito central de la noradrenalina- propuso, en forma parsimoniosa, que la depresión se debía a un déficit de catecolaminas. Pero la farmacología demostró que una dosis simple de un antidepresivo puede producir un aumento inmediato de catecolaminas; no obstante sólo la acción persistente del fármaco produce un efecto antidepresivo clínico. Treinta años más tarde, Hyman y Nestler estaban en posición de brindar una explicación mucho más acabada. El valor de éste artículo radica en la capacidad pedagógica de los autores para traducir en dos conceptos básicos, iniciación y adaptación, los complejos mecanismos moleculares conocidos y por estudiar para poder explicar dicha acción. Comienzan el artículo así: “Si uno tuviera que preguntar, cómo funciona la fluoxetina?, tal vez la respuesta más común sería estrechamente farmacológica: bloquea la recaptación de serotonina. Esto es así hasta cierto punto, pero si nosotros realmente quisiéramos saber cómo funciona la fluoxetina, no deberíamos estar conformes hasta que comprendamos qué pasa en términos del funcionamiento global del cerebro tal como en el humor depresivo, la cognición anormal y las desviaciones en las funciones vegetativas. Para lograr esto, deberemos aprender cómo alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica inducidas por drogas trabajan a lo largo del tiempo para afectar la actividad de diversos circuitos cerebrales que ejercen un impacto en los síntomas de la depresión. ....será también crítico comprender las alteraciones moleculares (plasticidad) producidas por antidepresivos que resultan en alteraciones persistentes en la fortaleza de conexiones sinápticas específicas dentro de circuitos neurales críticos”.

Los autores conceptualizan a la iniciación como el aumento, inducido por los antidepresivos, de los niveles de serotonina y noradrenalina a nivel sináptico, el bloqueo de la neurotransmisión dopaminérgica inducida por los antipsicóticos, y el aumento de la liberación de dopamina sináptica inducido

por cocaína y anfetamina. Es la respuesta adaptativa del sistema nervioso a las perturbaciones adecuadas y repetidas mediada por estos objetivos iniciales, la que produce las respuestas terapéuticas a los antidepresivos o los fármacos antipsicóticos o, en el caso de los psicoestimulantes, la adicción. Estas adaptaciones están enraizadas en mecanismos homeostáticos existentes, en forma presuntiva, para permitir a las células mantener su equilibrio de cara a alteraciones en el medio o cambios en el medio interno. El resultado de las perturbaciones repetidas o eventos iniciales, es la usurpación de mecanismos homeostáticos normales dentro de las neuronas, produciendo de este modo adaptaciones que llevan a alteraciones sustanciales y duraderas de la función neural. En el caso de los antidepresivos y antipsicóticos, estas adaptaciones son terapéuticas; en el caso de las drogas de abuso, el resultado es la adicción.” Hyman y Nestler explican en forma palmaria, que la adicción es la cara oscura de la adaptación. Más adelante detallan los mecanismos moleculares que se encuentran detrás de estos procesos de adaptación, comenzando por las bases moleculares de la transducción de señales con particular atención a los receptores ligados a proteína G y la importancia de la fosforilación proteica como mecanismo de regulación intraneuronal. Luego pasan por las vías de señalización intracelular del AMPc y como es afectado por los fármacos, para culminar repasando los efectos de estos sobre la regulación genética, explicando en forma muy clara el control de la expresión genética a través de los factores de transcripción. Concluyen afirmando:”El objetivo de la neuro neuropsicofarmacología es ahora comprender con precisión cuáles adaptaciones (Cual fosforilación de proteínas y cuáles cambios en expresión genética) son los responsables por las alteraciones en la fortaleza sináptica y, por lo tanto, el funcionamiento de circuitos neurales que, finalmente llevan a alteraciones en la cognición, el humor, y la función neurovegetativa. Los circuitos precisos en los cuales ocurren esas adaptaciones y la naturaleza de las adaptaciones que determinan el impacto en la conducta”.

Destacamos este artículo por la ya mencionada capacidad pedagógica y porque es el que comienza a explicar a la psiquiatría que los mecanismos de acción de los psicofármacos son infinitamente más complejos de lo que siempre habíamos pensado. Por primera vez vemos, resumido en un solo artículo, lo que se venía vislumbrando sobre las acciones de los fármacos sobre la conducta a través de la expresión genética misma. Estas complejidades nos abren los ojos para comprender que la desregulación de los circuitos involucrados en la fisiopatología de los fenómenos psicopatológicos, está determinada por desregulaciones complejas en la intimidad de la célula. Por otro lado sienta las bases para comprender los efectos del entorno sobre nuestra conducta, que es el paso inicial para comenzar a terminar la discusión entre sociogénesis y biogénesis.

---

# SALUD MENTAL EVERYWHERE

---

Manual de la policía de New Orleans, 1954



---

# SALUD MENTAL EVERYWHERE

---

Manual de la policía de New Orleans, 1954



*One way the police officer can learn if someone is mentally ill is to ask his family and friends whether there has been a big change in his behavior.*

“Una manera que tiene el oficial de policía de saber si alguien está mentalmente enfermo es preguntarle a su familia y amigos si ha habido un gran cambio en su personalidad”

---

# SALUD MENTAL EVERYWHERE

---

Manual de la policía de New Orleans, 1954



“Todos los intentos de suicidio deben ser tomados seriamente. En muchos casos debes actuar rápidamente para evitar una resultado fatal”

# Los que los son, los que fueron antes

---

Sergio Halsband

---

Precedida de largos siglos de opiáceos, alcohol, paraldehído, hidrato de cloral, bromuros y barbitúricos, a mediados del siglo xx la psicofarmacología ingresa en la medicina por la puerta grande.

No fue un producto tan tardío después de todo. Apenas unos pocos años antes de la aparición de los primeros antipsicóticos, la penicilina llegaba a tiempo para salvar vidas en la 2º Guerra Mundial.

Pero el desembarco masivo de la psicofarmacología en los hogares se produjo en la década de los 60, de la mano de las benzodiazepinas.

Seguras, baratas y de efecto rápido y placentero, no tardaron en desplazar a los barbitúricos y al meprobamato, y dominarían una larga primera etapa de unos 20 años hasta fines de los 80. Eran, todavía, los años dorados del psicoanálisis, así que Freud era el camino y el Valium era el atajo. Esta etapa se divide en varias sub-etapas según la benzodiazepina de moda: el diazepam, el lorazepam, el bromazepam, el alprazolam y el clonazepam, ninguno de los cuales demostró ver-

daderamente una mayor eficacia que el resto. Y para dormir, nada mejor que flunitrazepam o el triazolam.

En los 80 y primeros 90 arrecian las críticas contra estas moléculas especialmente en lo que hace a sus posibilidades de desarrollar dependencia y tolerancia. El vencimiento de sus patentes las dejó huérfanas de patrocinio y su prestigio entró en declive. Sin embargo, no se resintió tanto su formidable nivel de ventas, especialmente el clonazepam y, en segundo término, el alprazolam. Volveremos sobre esto.

La segunda etapa comprende de la década del 90, pomposamente llamada “del cerebro”y, que en nuestras latitudes coincide aproximadamente con el 1 a 1. Es la etapa de los ISRS, que instala en la población el paradigma biologista. Como dice David Healy: “la cultura de la serotonina”. La depresión, por ejemplo que solía explicarse por una inadecuada introyección de las figuras parentales o por una deficiente resolución del Complejo de Edipo, pasó a ser atribuido a un descenso en los niveles de serotonina.

El apogeo de esta etapa estuvo marcado por la publicación, en 1993, del best-seller “Listening To Prozac” (sí, “Escuchando al Prozac”) de Peter Kramer, que no estuvo lejano de constituirse en expresión oficial de la psiquiatría. En él se afirmaba que la providencial molécula no sólo servía para combatir la depresión y la ansiedad sino que hacía que los que están bien pudieran estar mejor (“better than well”) gracias a su poder de cambiar la personalidad. Impresionante: se sugería que los antidepresivos servían no solo para revertir patologías sino también para mejorar la especie. Lo cierto es que sí se instalaron como primera línea de tratamiento en todo el heterogéneo grupo de los llamados “Trastornos de Ansiedad”. La promoción de esos trastornos, que hizo que la prevalencia de patologías relativamente raras como el Trastorno de Ansiedad Social o el Trastorno por Estrés Postraumático, definiciones,



escalas, y estadísticas mediante, trepara a cifras cercanas al 10%. Esto catapultó las ventas de la sertralina, la paroxetina y, después, el S-citalopram o escitalopram.

Al terminar la década y el siglo, aparecieron las críticas en el sentido de que no eran tan maravillosos en cuanto a eficacia, ni tan seguros.

Se inicia la tercera etapa, signada por lo que podemos llamar “cultura de la bipolaridad”. Lo que hoy llamamos “Trastorno Bipolar”, en su forma clásica, o sea alternancia de manías eufóricas y depresiones melancólicas, ya fue descrito en la antigüedad. Responde al litio y su prevalencia es menor al 1%. Pero, con la construcción del “Espectro Bipolar”, con la incorporación de cuadros más “sucios”, el porcentaje oscila entre el 5% y el 10%. Estos nuevos bipolares ya no son tan buenos respondedores al litio. Pero, a no desesperar: para eso están los anticonvulsivantes. La droga líder, el divalproato de sodio (no el valproato de magnesio ni el ácido valproico).

En la década en curso, asistimos a la segunda parte de la “cultura de la bipolaridad”, signada por la primacía de los antipsicóticos atípicos. La operación que facilitó el desembarco de estas moléculas en el mercado de la bipolaridad consistió en hacer más laxa la definición de “estabilizadores de ánimo”, antes llamados “antirrecurrenciales”. La definición anterior, más estricta, requería como condiciones que un fármaco de esa índole debía ser útil para la fase maníaca, la fase depresiva y el mantenimiento. En cambio, para la definición moderna, de Gary Sachs, basta que sea eficaz para una fase de la enfermedad sin perjudicar otra. Entonces ingresaron los antipsicóticos atípicos, primero la olanzapina, y después, con más fuerza, la quetiapina. Últimamente, la lurasidona le está presentando batalla.

Ahora bien, esa sucesión de paradigmas, que se nos pre-

senta como una película de la que somos pasivos espectadores no es tal, sino que nos tiene a nosotros psiquiatras, como actores o participantes activos, en mayor o menor medida. Esto se da en nuestra práctica clínica, pero también en nuestras actividades docentes, nuestros comentarios, etc. Por lo general somos poco conscientes de ello, como si bailáramos al compás de una música ejecutada por otros, pero no por eso menos responsables. No nos damos mucha cuenta cuando, por ejemplo, dejamos de hablar de antirrecurrenciales y empezamos a decir “estabilizadores del ánimo” con una definición diferente, y preferimos cada vez más los antipsicóticos de alta gama (atípicos) para tratar el trastorno bipolar.

Nuestras preferencias en la elección de un fármaco se construyen a partir de distintas fuentes:

1) La publicidad de las empresas farmacéuticas en sus distintas formas: folletería, simposios, incentivos, etc.

2) La información científica: papers, libros, cursos, etcétera, que pueden tener o no algún sesgo extracientífico.

3) El feedback de nuestros pacientes frente a nuestras intervenciones, o sea los resultados, que pueden estar condicionados por las expectativas que tenemos en base a nuestros preconceptos

4) El “boca a boca” entre colegas, caja de resonancia de todo lo anterior y un factor preponderante en nuestra inserción en el paradigma del momento.

Así es como, no siempre en correspondencia con lo buena o lo mala que puede ser una droga, algunas son favoritas y las tenemos siempre presentes, y otras son olvidadas, al punto que cuando nos planteamos la elección de un tratamiento no se nos presentan en la mente.

Revisemos algunas de estas drogas, que en el transcurso de esta evolución en algún momento ingresaron total, o parcialmente, en un cono de sombra. Omitiremos lo que, por

buenas razones, fueron retiradas del mercado por presentar comprobada toxicidad o ineficacia. Este listado no pretende ser exhaustivo.

1) **Las benzodiacepinas:** como ya hemos dicho, mantienen un elevadísimo nivel de ventas, pero no todas ellas. La más utilizada es el clonazepam, seguido por el alprazolam. Ocasionalmente echamos mano a algún lorazepam o diazepam. Olvidados los demás que, sin incluir los que tienen uso preferencial como hipnótico, aún siguen en plaza, como el **clobazam** y el **clorazepato dipotásico**. ¿Son mejores el clonazepam y el alprazolam? Las benzodiacepinas tienen entre sí diferencias farmacocinéticas, pero no conozco ningún estudio comparativo que demuestre de un modo inequívoco mayor eficacia de una benzodiacepina sobre otra. A las dos benzodiacepinas “taquilleras” mencionadas se las denomina “de alta potencia”, lo que es rigurosamente cierto desde el punto de vista farmacodinámico. Suena muy bien, pero capciosamente nos invita a confundir potencia con eficacia. Lo único que significa es que 1 mg. de clonazepam o alprazolam pueden equivaler, por ejemplo, a 10 mg. de otra benzodiacepina de “baja potencia”. Esto es clínicamente irrelevante, al menos en lo que hace a la eficacia.

2) **La buspirona.** El otrora famoso agonista parcial 5HT<sub>1A</sub> primero fue lanzado como antidepresivo. No tuvo éxito, y más tarde, tras unos años de olvido, comenzó a venderse como ansiolítico. Allí le fue algo mejor en un principio, pero pronto volvió a retroceder. ¿Qué pasó? Su talón de Aquiles era el prolongado tiempo de latencia, y eso para un ansioso ... También es cierto que su promoción desapareció hace tiempo. Y, lo que no tiene marketing, no existe. Yo la he utilizado: funciona. Aún figura en el Vademecum PR 2016. No sé si se consigue.

**3) El gabapentin.** Propuesto como estabilizador del ánimo, este anticonvulsivante generó muchas expectativas. El motivo: su excelente seguridad y tolerabilidad, atributos poco comunes en los estabilizadores. Desgraciadamente fracasó, y quedaron sepultadas las esperanzas. Comenzó a ser ensayado como ansiolítico, pero actualmente (¿se había dado cuenta?) casi no existe en las prescripciones psiquiátricas. ¿La causa? La aparición de la pregabalina, que tiene el mismo mecanismo de acción y que no ha demostrado, fehacientemente, mayor eficacia que el gabapentin. Los elabora la misma compañía farmacéutica, que, por motivos extracientíficos decidió impulsar la pregabalina, al momento el ansiolítico no benzodiazepínico de elección, además de su uso para el dolor crónico. Es un caso, y no el único, de “competencia interna”.

**4) La mianserina.** ¿Se acuerda del Lerivon?. Todavía está en las farmacias. Pero no está en promoción, y por lo tanto ha caído en el olvido. Nuevamente, el motivo es la aparición de su hermanito menor. En este caso, la mirtazapina, bastante similar, a la que apostó la empresa que la elabora. Para colmo, esta droga no está en Estados Unidos, de donde procede buena parte de nuestra bibliografía. Allí no figura ni siquiera en los textos de psicofarmacología.

**5) ¿Y el tianeptino?** También subsiste, se puede comprar. Nuevamente, huérfano de marketing... Bien estudiado, sale bien parado en estudios comparativos con imipramina y fluoxetina. Buena tolerancia hepática, efecto ansiolítico no sedativo, Acción sobre el estrés. Curioso mecanismo de acción: aumento de la recaptación de serotonina, es decir, exactamente lo opuesto a los ISRS. ¿Cómo? ¿No era que había que aumentar la disponibilidad de serotonina en biofase? Se han intentado varias explicaciones rebuscadas para dar cuenta de la “paradoja del tianeptino”. Al parecer, ninguno de estos desarrollos teóricos resultó demasiado convincente. La única conclusión válida es que sabemos muy poco de la fisiopatología de lo que

llamamos depresión.

**6) El bupropión.** Se usa relativamente poco, y tiene fama de no ser muy útil como antidepresivo. Fama infundada a mi criterio. Baste saber que en todos los algoritmos de farmacoterapia antidepresiva del mundo aparece en primera línea, junto con los ISRS. Ocurre que en nuestro país inicialmente se lo intentó posicionar como agente antitabáquico. Ahí sí, como antitabaco, considero que es bastante mediocre.

**7) El citalopram.** Nunca fue líder, y fue opacado aún más por la llegada de su enantiómero, el S-citalopram o escitalopram. Preskorn sostiene que éste último tiene un NNT = 20 en relación al citalopram. Esto quiere decir que hay que tratar a 20 pacientes para que en uno se vea un mejor resultado para el escitalopram. No parece mucho, ¿verdad? Cada uno juzgue, según la circunstancia, si esta más que modesta ventaja justifica la diferencia en el precio.

**8) Las sales del ácido valproico.** El ácido valproico, el valproato de magnesio, el valproato de sodio y el valproato semisódico o divalproato de sodio son, desde el punto de vista clínico, exactamente lo mismo. Cuando dosamos la valproemia, pedimos el mismo análisis para cualquiera de ellos. A lo sumo, algunos pacientes pueden presentar mejor tolerancia gástrica con el divalproato, por la capa entérica. Pero el divalproato se lleva la mayor parte de las prescripciones, a pesar de ser el más costoso. Un espectacular manejo publicitario.

**9) El sertindol.** También está en plaza, pero casi en desuso, al menos en nuestras latitudes. El factor limitante sería el riesgo de alargamiento del QTc, más una dudosa campaña publicitaria que no acertaba a definir cuál era el nicho poblacional para el cual se proponía como primera opción. El miedo a la cardiotoxicidad es aquí lo que paraliza al psiquiatra, por eso usamos tan poco los beta-bloqueantes. Todo esto, a pesar

de que una consulta cardiológica previa y ECG periódicos nos allanarían bastante bien el camino. Tal vez sea también el motivo por el que no tenga un poco más de uso la ziprasidona, que además ofrece el atractivo de un benigno perfil metabólico. Sin embargo, hace no muchos años, era habitual el uso desaprensivo de tioridazina, aún en gerontes, siendo que tiene mayor riesgo cardiológico que los mencionados.

**10) La zopiclona.** ¿La recuerda? El primer hipnótico no benzodiazepínico moderno, que inició la serie de los que comienzan con “z”. Aún figura en el ya mencionado P.R. 2016, pero en la práctica fue reemplazado por su enantiómero eszopiclona. De características similares, pero “más nuevo”, y rehabilita la patente. Ya hemos descripto este recurso.

¿Sucede lo mismo en el resto de la medicina? Seguramente sí, pero tal vez un poco menos. Edward Shorter acierta cuando dice que el desconocimiento de la etiopatogenia de las enfermedades mentales nos quita herramientas para deducir cuál es el fármaco de elección en cada caso, y eso nos vuelve más dependientes de las opiniones de otros, es decir, nos hace más gregarios.

## SALUD MENTAL EVERYWHERE

---

En la república hermana del Uruguay, se ha producido un intercambio entre el presidente actual, Dr Tabaré Vazquez (médico) y la figura de la oposición, el senador Lacalle Pou. Ambos se refirieron al quehacer de nuestra profesión.

“El que crea que hay dos mundos tiene que ver un psiquiatra. Hay un sólo mundo, una sola realidad”, dijo Tabaré Vázquez en alusión a una frase de Luis Lacalle Pou, al comienzo del Consejo de Ministros en Carmelo.

El senador nacionalista Luis Lacalle Pou le respondió esta mañana en el programa a Diario de [El País TV](#) al presidente Tabaré Vázquez, quien había señalado que si pensaba que había “dos mundos” [debería ir al psiquiatra](#).

“No fui al psiquiatra, de chiquito fui al psicólogo”, señaló el senador. A lo que agregó: “El ojo clínico del presidente me manda a tomar pastillas”.

# Los libros que me enseñaron

---

María Norma Derito

---

## Introducción

Comenzar a leer psiquiatría para aprender es una de las tareas más difíciles de enfrentar cuando un profesional comienza con la formación y la práctica de la especialidad. Recuerdo, a modo de anécdota, que cuando entré al Servicio 23 del Hospital Borda para hacer mis primeras armas, tuve la sensación de haber arribado a un país extraño donde hablaban un idioma que yo no entendía. Mis nociones no pasaban de saber que existía el libro de Betta y por otro lado estaba Freud. Con el Betta en la valija, trataba de entender los síntomas del paciente, pero cuando iba a las reuniones de servicio que se hacían dos veces por semana aparecían cosas extrañas como Lacan, Schneider, Bleuler, Parafrenia afectiva, psicosis cicloide, DSM III, CIE 10, y que se yo cuántas cosas más de las que no tenía ni idea.

Me psicoanalizaba, fui de mi analista y le dije: “-Liberdad, esto para mi es chino básico, creo que no me da la cabeza para aprender tantas cosas diferentes sobre un mismo tema”.



Recuerdo que mi planteo le causó mucha gracia y me dijo: “-Norma, yo sé que se tarda años en descifrar este jeroglífico, pero te aseguro que se puede aprender. Lo adecuado es tomar una escuela por vez, estudiarla en profundidad y luego pasar a otra. Luego uno se dedicará a la que más lo haya convencido. Pero, para elegir primero hay que conocerlas todas”. Menuda tarea me planteaba Libertad, pero como suelo responder con entusiasmo a los desafíos, me puse en campaña para conocer, por lo menos, las teorías más importante y tener un panorama más claro sobre el problema.

Pregunté sobre libros que pudieran ubicarme histórica y geográficamente sobre la evolución de las teorías en psiquiatría y los diferentes autores. Más tarde también me di cuenta, de que la influencia política era uno de los tantos factores determinantes en la difusión y conocimiento de las teorías psiquiátricas en el mundo. Como el segundo libro que se nos ofrecía en aquella época era el *Manual de psiquiatría (Henri Ey)*, me conecté con la escuela francesa, y con la teoría órgano-dinámica, que proponía este autor, que dicho sea de paso no era para nada descabellada como hoy lo podemos ver. Por lo tanto, el primer libro que me marcó un camino de aprendizaje fue este manual, y también capté que había dos escuelas que lucharon por imponer sus saberes en esta materia, como en muchos otros temas, y que era imposible ordenarse si no estudiaba la historia de la escuela francesa y la historia de la escuela alemana. Así llegue a dos libros que me ubicaron en tiempo y lugar en cuanto al acontecer psiquiátrico al menos desde el nacimiento de nuestra especialidad, con Phillips Pinel en la Revolución Francesa. El más claro, y que aparte permitía concatenar los autores y las escuelas, y las motivaciones que tuvieron para opinar de la manera que lo hicieron, fue *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico (Paul Bercherie)* – Ediciones Manantial – Argentina 1999. El otro libro que ayudó también en esa necesidad de ubicarse fue la *Historia de la Psiquiatría*” (Jacques Postel/Claude Qué-

tel) – Editorial Fondo de cultura económica – Méjico - 1993”.

Obviamente, me encontré ante la necesidad de incorporar un caudal de conocimientos inagotable. Calculé cuántos años podría tener para leer todo eso, el resultado era devastador, no me alcanzarían dos vidas, y tampoco tenía el dinero para adquirir todos esos libros, muchos de los cuales ya no se editaban y ni siquiera se conseguían. Recuerdo que por esa época empecé con los clásicos alemanes, que eran los que más me gustaban en cuanto a las descripciones semiológicas, de eso hablaré más tarde.

Un día aparece en la guardia una señora con un delirio de parasitosis, era la primera vez que lo veía y se lo muestro al Dr. Monchablon quien, con absoluta seguridad, me dice: “-Es un delirio de los dermatozoos de Ekbom”, inmediatamente le pregunté: “-¿Y eso de dónde lo leo?”, y marchándose a la velocidad de siempre me contestaba mientras caminaba: “-Leé el Alonso Fernández”. Salí corriendo para la librería del hospital y pedí el libro, la respuesta fue que era un libro español, no editado en Argentina, y que en España ya tampoco se editaba, habría que mandarlo a pedir, pudiera ser que hubieran quedado ejemplares en alguna librería en España. Mi desilusión fue enorme y piensen que de la época que les hablo no teníamos internet. Pero no llegó la sangre al río, un día me llama el librero y me dice que le había comprado todos los libros de psiquiatría a la viuda de un psiquiatra y que tenía un Alonso Fernández original y ya muy añoso, se lo compré volando. Allí realicé un descubrimiento extraordinario, este autor tomaba cada enfermedad y desmenuzaba su historia, todos los autores que habían escrito sobre ella, desde qué marco de referencia lo habían hecho, cómo lo habían escrito y su opinión al respecto. Creo que no se le escapó ninguno de los trastornos psiquiátricos conocidos en su época, especialmente en el terreno de las psicosis. Leer a Alonso Fernández me ahorró muchísimo tiempo, en el sentido que su lectura me iba señalando que autores eran los esenciales para cada enfermedad. Por eso, y hoy

se pueden conseguir fotocopias, el otro libro importante fue *Fundamentos de la Psiquiatría Actual, Tomo I y II, Psiquiatría general.* (Alonso Fernández Francisco) Editorial Paz Montalvo, Madrid 1968.

Luego recuerdo dos etapas, la primera en la que comencé a leer todos los clásicos que podía conseguir. De todos ellos considero varios que no pueden dejar de conocer, por su valor desde la semiología y la psicopatología y por la descripción de cuadros con los que nos vamos a tropezar en la práctica y debemos saber diagnosticar y tratar. Algunas son psicosis que no se incluyen en ninguna clasificación, pero existen y debemos conocerlas. Así como otros autores de libros que describen semblantes de enfermedades conocidas, que desnudan aspectos semiológicos de incalculable valor.

De esta primera etapa debo nombrar: *Patopsicología Clínica* (K. Schneider) – Editorial Paz Montalvo – año 1963”. Este libro tiene para mí un valor especial, destaco la capacidad intelectual de su autor, dado que en un pequeño libro, resume la esencia de la patopsicología clínica, vista desde el método de la fenomenología descriptiva, e hice de él tres lecturas. La primera cuando recién hacía las primeras armas en la psiquiatría y rescaté de él varios conceptos valiosos, la segunda cuando ya tenía más de veinte años en la especialidad y comprendí la profundidad de sus palabras y su utilidad en la práctica, la tercera fue hace poco y me brindó el placer de su meridiana claridad. El otro libro que no se puede dejar de leer de Schneider es *Las personalidades psicopáticas*, fundador de todo lo que haya venido después en el tema trastornos de la personalidad y psicopatías. Su definición de personalidades psicopáticas, es hasta el día de hoy, creo, insuperable.

Por supuesto cuando uno quiere ahondar en la psicopatología de cualquier cuadro y también en su esencia, pero contemplado desde dos lugares diferentes, tiene que tomar casi

como libro de cabecera a *Psicopatología General (K. Jaspers)* – Editorial Beta - año 1980”. Su obra “Psicopatología” estudia el fenómeno patológico desde:

**Método explicativo:** establece vínculos de causalidad morbosa entre lo somático y lo psíquico.

**Método comprensivo:** decidir si las vivencias, expresiones y conductas del paciente son comprensibles psicológicamente y comprende:

**Comprensión dinámica:** persigue la captación de motivos.

**Comprensión estática (fenomenológica):** trata de aprehender los modos de vivenciar y ciertos elementos constitutivos de la vivencia

Nos legó formas de observación y descripción de los cuadros, que cuando aprendemos a utilizarlos en la entrevista con los pacientes, éstas se tornan más ricas y obtenemos del paciente la información que necesitamos para hacer un diagnóstico correcto. También siguen siendo de vital importancia los conceptos de formas agudas: fase y brote y formas crónicas: desarrollo y proceso.

Otra joya desde lo descriptivo, acertado o no, en su concepción pluridimensional es la del psiquiatra alemán Ernest Kretschmer quien entre los años 1.920/30, empezó a observar y descubrir las relaciones estables entre ciertos conjuntos de rasgos físicos o constitucionales (heredados) y varios grupos de características psíquicas y psicopatológicas. Creando así la teoría de la tipología de *Kretschmer* en su libro *Constitución Y Carácter* / Ed Labor 1954. Los otros grandes legados de este autor son: *Ernst Kretschmer, Histeria, Reflejo e Instinto* / Ed. Labor 1963, indispensable para comprender los mecanismos de los trastornos disociativos. Por último y muy valioso el *Delirio Sensitivo Paranoide. Aportación al problema de la paranoia y a la caracterología psiquiátrica*. 3ª edición. Madrid: Editorial Labor 1959.

Esta particular forma de delirio de autorreferencia, que necesita para desarrollarse de una personalidad particular, sensitivo - paranoide, ha sido aceptada como una entidad diferente de la esquizofrenia, con un acontecer más cercano a los desarrollos paranoicos. No olvidemos en cuanto a esto, que Kretschmer fue alumno de Gaupp, quien describe con “El caso Wagner”, la existencia de las paranoias abortivas, otro libro casi indispensable: *El caso Wagner (R. Gaupp)* 2ª edición. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 2001”.

Para no alejarnos del terreno de las paranoias, no podemos dejar de mencionar otro libro indispensable para comprender los delirios pasionales también en su esencia que, como dice su autor, el sentimiento patológico no es el amor, sino el orgullo, y allí tenemos los libros: *Los delirios pasionales: erotomanía, reivindicación y celos (Clérambault G. E)*. En Editores: Colina F. y Alvarez J.” y “Ballet, Capgras, Clérambault, Falret, Lasegue, Magnan, Serieux, El delirio en la clínica francesa;; Editorial Dorsa, Madrid, colección Clásicos de la psiquiatría, año 1994”.

También dentro de los cuadros disociativos y como valiosa descripción de una entidad que se presenta con poca frecuencia, pero es como las brujas “yo no sé si existen, pero que las hay, las hay”, es el Síndrome de Ganser que se puede leer en: “*Ganser, Sigbert, presentación de texto Stagnaro, Juan Carlos; “Estado particular de histeria crepuscular”; “Alucinar y delirar”; editorial Polemos; Buenos Aires 1998”*.

Mencioné anteriormente que podía dividir las lecturas que me formaron en dos partes, ya hice alusión a la primera, ahora voy a dedicarme a la segunda parte. Ésta está más relacionada con los grandes tratados por un lado, y con los grandes cuadros de la psiquiatría por el otro.

En los inicios, cuando estudiábamos la demencia precoz o esquizofrenia, los delirios crónicos y la que entonces aún

se llamaba psicosis maníaco depresiva. Las primeras lecturas fueron las que tenía al alcance de la mano con mayor facilidad: “*La esquizofrenia*” de Pereira, “*Las parafrenias*” de Pereira y el ya mencionado Henri Ey. Pero lo importante era ir a las fuentes, no era fácil, conseguí fotocopiados: “*Kraepelin E. Introducción a la Clínica Psiquiátrica*. 2ª edición. Madrid: Calleja. 1905” y de su alumno el “*Tratado de psiquiatría, Otto Bumke*” y la “*Bumke, O. Las Tendencias actuales en psiquiatría clínica. Semanario médico de Munich (1924)*”.

Estos libros tenían una tendencia puramente descriptiva y clasificatoria de estas enfermedades que, discutibles o no, era la primera vez que se agrupaban de una forma coherente, otorgando sentido a sus diferencias clínicas. Pero claro que las cosas no se quedaban allí, la aparición de E. Bleuler en el escenario de la psiquiatría, desde Suiza, e influido de la teoría freudiana, le dio otro marco teórico a la Demencia Precoz, que a partir de sus observaciones se llamó Esquizofrenia. Por lo que no se puede dejar de leer *Bleuler, E. demencia praecox o el grupo de esquizofrenias*. En G. Aschaffenburg (ed.), manual de Psiquiatría especial 4 Dpto., 1º medio (Leipzig, Viena: Deuticke, 1911). Bleuler solo reconoció como delirio crónico a la paranoia y es por el ello el valor que tiene y merece ser leído su libro *Bleuler E. Afectividad, Sugestibilidad y Paranoia*; editorial Triacastella, 2008.

Hubo otro alumno de Bleuler que, de origen ruso, terminó por vivir en Francia. Si bien respetó las ideas de su maestro, con un pensamiento propio, dio definiciones geniales de la esquizofrenia y considero más que interesante leer “*Minkowski Eugene, La esquizofrenia: psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*, Ed. Fondo de cultura económica de España, 2000”. Siempre digo que nadie definió la esencia de la esquizofrenia como lo hizo Minkowski, con solo dos palabras: “Demencia pragmática”. Hay una forma de esquizofrenia, no muy frecuente, aunque a través de los años me tocó atender

muchos casos. También debo confesar que el primer caso que vi no lo diagnosticué correctamente, a través de él llegué a la descripción hecha por quien lo separó como entidad, la esquizofrenia cenestopática de Huber. Esta forma de esquizofrenia, comienza en la edad juvenil, tiene poco defecto, y su sintomatología se compone esencialmente de alucinaciones cenestopáticas o sensaciones corporales anormales. Se puede leer en “Huber, Gerd; *“La esquizofrenia cenestésica: un subtipo de esquizofrenia”*”; revista Alcmeon n° 16; volumen 4; n° 4; Bs. As. Argentina; marzo 1996”.

Las formas motoras, tanto las agudas como las crónicas, comienzan para su aprendizaje con el texto de quien primero las observó y las describió, como la forma motora de la locura, y como parte de la psicosis maníaco - depresiva describió la “Locura de tensión” o Catatonía, para ello es imprescindible leer “*La locura Maníaco-Depresiva*” “*La Catatonía*” “*La Hebefrenia*” – Emil Kraepelin – Kahlbaum – E. Hecker – Presentación de Juan C. Stagnaro – Editorial Polemos – Buenos Aires - 1996. Si lo pueden conseguir, este libro también es muy útil, porque se puede leer traducido por el Dr. Stagnaro “La Hebefrenia de E. Hecker”, otra de las formas importantes de la esquizofrenia, de la cual ésta fue la madre de las descripciones, habiendo tomado Hecker de los apuntes de su maestro Kahlbaum, las características clínicas del cuadro.

La Psicosis maníaco depresiva tiene muchos antecedentes respecto de su descripción. Pareciera que todo empieza también con Kraepelin, pero no es así porque varios contemporáneos (Kalbaum, Hecker, Mendel, Westphal etc.) la describen. El mérito de Kraepelin radica, nada más y nada menos, en separarla de la esquizofrenia por medio de un criterio evolutivo. Los antiguos ya describían esta enfermedad, que se venía reconociendo desde muchos siglos atrás. Fueron importantes también Kurt Schneider y Wilhelm Mayer-Gross. Quizá un libro que me impresionó es “*La melancolía de Hubert Tellem-*

*bach*, Editorial Fondo de cultura económica 1969”. Dentro de estos libros antiguos que trataron el tema cabe mencionar “*Robert Burton Anatomía de la Melancolía*, editorial Alianza, 2015”, profunda obra que fue escrita en 1621 por el catedrático de Oxford Robert Burton.

Con el renacer del Trastorno Bipolar, desde los años 1960 en adelante, muchísimos autores se han dedicado a este tema, mencionaré a “*Vieta E, “Trastornos Bipolares”, “Avances clínicos y terapéuticos”, Editorial Médica Panamericana S.A., 2001”* y “*Vieta, E – C. Gastó, “Trastornos Bipolares”, Editorial Springer. Verlag Ibérica, Barcelona, 1997”*, en psicosis cicloides, “*Barcia Demetrio, “Psicosis Cicloides”, Editorial Triacastela, Madrid (1998)”* y “*Vallejo Ruiloba J.- C Gastó Ferrer, “Trastornos afectivos. Ansiedad y depresión”, 2º edición, Editorial Mas-son, 2000”*, de habla hispana, como los que me agradaron.

Dejé para lo último, la escuela que caló hondo no solo en mis conocimientos sobre psiquiatría, sino que marcó a fuego todo mi quehacer como psiquiatra, como podrán imaginar me referiré a la escuela alemana, “*La psiquiatría del cerebro*”. Escuela categorialista, localizacionista de Wernicke, Kleist y Leonhard. Si hoy la investigación psiquiátrica con neuroimagen funcional, se basara en la clasificación de Leonhard, sabríamos mucho más sobre la enfermedad mental. Imposible pasar por la psiquiatría sin saber “*Wernicke Carl, “Tratado de Psiquiatría”, 1900, traducción Dr. Diego Luis Outes, Dr. José V Tabasso, Editorial Polemos, 1996”*, “*Kleist Karl, “Diez Comunicaciones” (Introducción a las localizaciones cerebrales en Psiquiatría”, 1928-1934, traductores Dr. Diego Outes, Dr. Luis Florian, Dr. José V Tabasso, editorial Polemos, 1997”*. Por último el libro que duerme conmigo, el que está gastado de tantas veces que voltee sus hojas, el que me dará la impresión eternamente que nunca lo terminaré de aprender: “*Leonhard Karl, “Clasificación de las Psicosis endógenas y su etiología diferenciada”, traducción y revisión técnica de la 7º edición ale-*



mana, corregida y aumentada por el Dr. Helmut Beckmann (Würzburg), 1995, editorial Polemos”.

Para despedirme les mencionaré que ésta ha sido una brevísima recorrida por los libros que entiendo marcaron mi saber, que entiendan es pequeño y limitado a las lecturas que realmente me interesaron. Pero también es mi deber decirles que han quedado en el tintero cantidad de libros clásicos y modernos que también me enseñaron, me hicieron pensar, me aportaron material. Como así también artículos de revistas argentinas y extranjeras, papers, etc. Poco o mucho, está plasmado en mis escritos que llevan en su interior, el alma de todo lo que leí, pero, lo más importante, de todo lo que experimenté en estos treinta y cuatro años de psiquiatría. En mi cerebro y en mi afecto están todos los pacientes que atendí, todos los pacientes que confiaron y que siguen confiando en mí, porque nadie me enseñó tanto como ellos.



# Diez batallas de la ciencia vs las pseudociencias

---

Marcos Zurita

---

En un mundo conformado por un hojalde de capas epistemológicas contradictorias, decidimos realizar una búsqueda bibliográfica sobre estudios que hayan puesto a prueba la existencia o refutación de los fenómenos de la sugestión conocidos como pseudociencia. He aquí los resultados.

## **1) The planetary positions and relationships at the dates of birth of a cohort of Nigerian schizophrenics.**

Ohaeri JU. Afr J Med Med Sci. 1997 Sep-Dec; 26(3-4):127-33.

Un estudio africano que analiza nacimientos con luna nueva o con luna llena.

n= 221 pacientes esquizofrénicos / 112 sujetos normales

Background: “Los signos de los esquizofrénicos suelen estar más asociados a signos introvertidos”. “Una proporción significativamente alta de esquizofrénicos tienen Marte en signos extrovertidos”.

Resultados: En las cartas natales, los esquizofrénicos no tenían peores “aspectos” que los sujetos control.

Luego de concluir que el Sol introvertido y Marte extrovertido sería lo que “escinde” al “esquizo”, termina diciendo que en verdad no se encontró tanta correlación. Dice, específicamente: “no hay una tendencia a que los esquizofrénicos nacen en signos de agua (cáncer, piscis, escorpio) ni en luna llena”.

Hizo un montón de fuerza para que saliera algo, pero no.

**Ciencia 1 Pseudociencia 0**

### **2) Nephrology and astrology--is there a link?**

Hughes. Br J Clin Pract. 1990 Jul;44(7):279.

Un artículo del British Journal of General Practice, ya no en un ignoto journal africano.

Estudia si hay una correlación entre enfermedad renal y los librianos: no hay relación. Puntazo para la ciencia.

**Ciencia 2 Pseudociencia 0**

### **3) Reiki for depression and anxiety.**

Joyce J, Herbison G. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 3;(4)

Una revisión de Cochrane contra un peso pesado (¿o deberíamos decir mano liviana?) de la pseudociencia. No encuentran que el Reiki sea “ni beneficioso ni dañino” para la ansiedad y depresión en mayores de 16 años. Se atajan diciendo que el resultado puede estar sesgado. Unos cobardes. Empate culpa de la táctica de colgarse del travesaño de los de Cochrane.

**Ciencia 3 Pseudociencia 1**

**4) Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials.**

Lee MS, Pittler MH, Ernst E. *Int J Clin Pract.* 2008 Jun;62(6):947-54.

La revancha. Se estudian nueve ensayos clínicos randomizados. Se analiza la eficacia del Reiki en diferentes situaciones: ansiedad, depresión, mujeres que se van a hacer una amniocentesis (!), neuropatías diabéticas y más. La conclusión es que la mayoría son estudios que no han podido ser replicados y muchos padecen de fallas metodológicas. Los autores dicen que “la evidencia es insuficiente para decir que el Reiki sea eficaz, por lo que el valor del Reiki continúa sin ser probado”.

**Ciencia 4 Pseudociencia 1**

**5) Is yoga effective for pain? A systematic review of randomized clinical trials.**

Posadzki P, Ernst E, Terry R, Lee MS. *Complement Ther Med.* 2011 Oct;19(5):281-7.

El yoga, esa carta que tantas veces usamos en aquellos pacientes a los que nada le viene bien, puesta bajo el ojo de los revisores. Diez ensayos randomizados. Conclusión: el yoga alivia el dolor (sólo en uno de los trabajos no fue mejor que el control). Dicen los autores “Se concluye que el Yoga tiene el potencial para aliviar el dolor pero de todas maneras no se pueden hacer juicios definitivos”. Derrota digna.

**Ciencia 4 Pseudociencia 2**

**6) Energy healing for cancer: a critical review.**

Agdal R, von B Hjelmberg J, Johannessen H. *Forsch Komplementmed.* 2011;18(3):146-54.

Se estudia la eficacia de las terapias de energía que se basan en transferir “energía” al paciente.

Buscan por todas las bases de datos y no encuentran ningún estudio de tamaño o calidad adecuada. Conclusión: No hay evidencias, pero tampoco se han puesto a prueba. Empate doloroso.

### **Ciencia 5 Pseudociencia 3**

#### **7) A randomized double-blind study of the effect of distant healing in a population with advanced AIDS. Report of a small scale study.**

Sicher F, Targ E, Moore D 2nd, Smith HS. West J Med. 1998 Dec;169(6):356-63.

Gran estudio. Mide la eficacia del rezo y formas de “psychic healing” a distancia en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido en estadio avanzado. Los sujetos del estudio nunca tuvieron un encuentro con los “sanadores”, que estaban en diferentes puntos de los EEUU. A los seis meses, los sujetos tratados presentaban mejor estado de salud en general, habían tenido menos visitas al médico y mejor estado de ánimo. Eso sí, los CD4+ ni se enteraron: en los dos grupos estaban iguales. Empate indigno porque deja olor a dualismo.

### **Ciencia 6 Pseudociencia 4**

#### **8) Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial.**

Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle TT, Loder E.

Headache. 2014 Oct;54(9):1484-95.

Se someten a adultos con migraña a un curso de Mindfulness de 8 semanas. Resultados: si bien es seguro, no hay cambios significativos en la frecuencia o severidad del dolor de

cabeza. Resultados secundarios demuestran como beneficioso episodios de menor duración y menos incapacitantes. Partido duro contra un representante del pseudocientificismo moderado.

#### **Ciencia 7 Pseudociencia 4**

### **9) Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia.**

Yang YP, J Gerontol Nurs. 2016 Jun 17:1-9.

Un estudio financiado por el ministerio de ciencia y tecnología de Taiwan (un clásico “made in Taiwan”). Dos grupos de pacientes con demencia (n=59). A unos les hacen masajes con aromaterapia una vez por semana (total 8 semanas). A los otros, nada. Los resultados son controvertidos: dicen que no hubo cambios en la agitación teniendo en cuenta el tiempo total en ambos grupos, pero dicen que entre la semana 1 y 5, los aromatizados presentaron cierto alivio de la agitación en las siguientes 24 hs. del masaje de la semana 5 y 9. No explican el por qué de esto (ni tampoco por qué si el estudio se plantea en 8 semanas, existe una semana 9 en los resultados). Los síntomas depresivos sí presentaron cambios: disminuyeron marcadamente en los aromatizados.

¿Efecto de los aromas o porque fueron tratados mejor? Todo muy “confusio”. Batalla anulada.

#### **Ciencia 7 Pseudociencia 4**

### **10) Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials**

Gill Livingston, Lynsey Kelly, Elanor Lewis-Holmes, Gianluca Baio, Stephen Morris, Nishma Patel, Rumana Z. Omar, Cornelius Katona, Claudia Cooper

The British Journal of Psychiatry Dec 2014, 205 (6) 436-

442;

Como nos quedamos con la duda de la aromaterapia del paper anterior, buscamos y encontramos un review del BJP. Las conclusiones son más estrictas: los cuidados centrados en las personas y la musicoterapia disminuyeron la agitación. La luminoterapia y la aromaterapia no produjeron ningún cambio.

### Ciencia 8 Pseudociencia 4



## SALUD MENTAL EVERYWHERE

¿Pacientes? ¿Usuarios? ¿Pacientes? No es una discusión en la redacción de Ambito Financiero.



Sábado 20.8.2016 | 11:17 H 36% BUENOS AIRES | INGRESAR | EDICIÓN IMPRESA · Suscribirse · Onmail | SEGUIJOS

# ambito.com

PORTADA ECONOMÍA - POLÍTICA BIZ CAMPO INTERNACIONALES INFO. GRAL. DEPORTES - ESPECTÁCULOS AUTOS

POLÍTICA

ANTES DE SU VISITA A MENDOZA | miércoles 17 de Agosto de 2016

## Detienen a enfermo psiquiátrico por amenaza de muerte a Macri

Efectivos policiales del barrio del Barrio Huarpes de Godoy Cruz, en Mendoza, detuvieron en la noche del martes a un hombre que tendría problemas psiquiátricos por amenazas de muerte al presidente, **Mauricio Macri**, quien este miércoles encabezó un acto en esa provincia.

La amenaza se produjo durante la noche del martes al 911. "¿Hola, este llamado queda registrado?", preguntó el ahora detenido. Le dijeron que no, y entonces amenazó al presidente. "Va a volar por el aire", dijo.

VIDEOS

REPORTES

En el cierre de los Juegos, la delegación argentina bailó al ritmo de la cumbia

fuentes: ambito.com



# 10 promesas terapéuticas: todo lo que sabés está mal

## primera parte

---

Javier Fabrissin

---

Berrios escribe en alguna parte (posiblemente lo haya escrito en varias) que dentro de cada periodo histórico, las conductas anormales tienden a correlacionarse bien con registros corporales putativos (lo que hoy pueden significar el gen C4 para la esquizofrenia hace 200 años era la dureza de los nervios o la sangre densa acumulada en el cerebro) y a tener éxito terapéutico según la Ley de las Terceras Partes: una tercera parte mejora, una tercera parte sigue más o menos igual y una tercera parte empeora (tanto STAR\*D para llegar a la misma conclusión).

En la actualidad, a la par de fármacos desarrollados y estudiados según los paradigmas de la ciencia y la fisiopatología más flamantes, florecen muchas investigaciones que años atrás no pasaban de una Carta al Editor en revistas especializadas o de encontrar su lugar en alguna revista de Medicina Alternativa pero que hoy están en condiciones de ser recibidas en Journals de prestigio. Estas nuevas aproximaciones terapéuticas menos convencionales resultan inspiradoras, creativas, provenientes de una ciencia que parecía haberse perdido luego del fin de la guerra fría, de una teorización galénica, decimonónica, holís-

tica del enfermar, en que salud o bienestar se vuelven equivalentes de salud mental y, por añadidura, de tratamiento para estados de sufrimiento subjetivo.

En resumen, codo a codo con fármacos *modernos* algunas de las promesas terapéuticas tienen algo de artesanal, algo de místico, algo de inocentes, algo de ciencia-ficción, algo de pre-científico o post-moderno y parecen apuntar con un dedo a los concienzudos investigadores que se devanan por seguir alguna pista fisiopatológica cada vez más intrincada que pueda redituarse en una molécula con aspiraciones de psicofármaco y decirle, como el título del disco de los Firesign Theatre, “Everything you know is wrong” (“todo lo que sabés está equivocado”).

La siguiente antojadiza enumeración tiende a reflejar el campo actual y futuro de la terapéutica mental:

1. Ketamina
2. Anti-inflamatorios y suplementos dietarios
3. Hipertermia de cuerpo completo
4. Caninoterapia
5. El sistema de sueño Cerêve
6. Terapia lumínica
7. Pimavanserina
8. La sopa inteligente
9. HELP
10. Psiquiatría Digital

### **1. Ketamina**

Para sacárnosla de encima de este conteo, pero porque no puede ir más que en primer lugar, hasta el momento, la gran promesa farmacológica sigue siendo la ketamina. Ya se habló de ella en el número 3 de Atlas (Ketamina: ¿Una nueva estrategia para el alivio de la depresión refractaria?, de Wikinski), ya se habló en el número 7 (El viaje de la ketamina, de Zuri-

ta), pero esta sustancia sigue dando de qué hablar. El volumen de publicaciones sobre este fármaco, en lo que respecta a su aplicación para el Trastorno Depresivo Mayor, crece notablemente. Si uno escribe *ketamine* y *major depressive disorder*, al día de hoy (8/07/2016), el número de referencias que sale es de 368, si uno aplica el filtro de los últimos 5 años, el número es de 312. O sea, que más del 80% de los artículos se publicó en este lustro. No sé bien, a esta altura, cuánto falta para que finalmente ingrese por la puerta grande de los psicofármacos; no tengo idea qué laboratorio será el primero en comercializarla para estos fines.

Por lo pronto, y para pasar a otra cosa, vamos a mencionar un par de estudios. En uno de ellos (1), se anuncia que se encontró que un metabolito en particular de la ketamina, la hidroxinorketamina, es clave para los efectos antidepresivos y que estos efectos no se producen por la inhibición del receptor NMDA sino que este metabolito actúa sobre otro receptor glutamatérgico, el AMPA (en concreto sobre un subtipo del receptor AMPA). Y algo más aún: este metabolito carecería de los efectos secundarios de la ketamina, droga madre. Cerca, cada vez más cerca.

El otro estudio (2), también nuevito, informa sobre 14 pacientes con depresión resistente y con ideación suicida que recibieron ketamina durante 3 semanas (3 infusiones de 0,5 mg/kg y otras tres de 0,75 mg/kg). Se les tomó dos escalas de evaluación de ideación suicida, a las 4 horas y a los 3 meses de la dosis de ketamina. Los resultados arrojaron que durante la fase aguda, en el 50% de los pacientes la ideación suicida remitió (curiosamente, lo hizo aún sin que remitiera la depresión) y de ese grupo, el 27% (2 pacientes) siguió sin ideación suicida a los 3 meses. Pocos pacientes, estudio piloto, etc., pero no tanto al largo plazo, porque de última la ideación suicida es un proceso con fluctuaciones, pero sí en el corto plazo, podría ser una estrategia interesante para el tratamiento en las guardias. Una alternativa al tener que hablar con el paciente para convencerlo de que vale la pena estar vivo.

Dejemos de lado a los amargos de las revisiones Cochrane que, como siempre, vienen a decir que no hay suficiente evidencia que avale la eficacia de la ketamina sobre el placebo y, encima y de paso, también dicen que esto es aplicable para todos los moduladores glutamatérgicos que fueron tomados en cuenta en esta revisión (con excepción de la sarcosina). Lo único que le reconocen a la ketamina es que sólo produjo de forma significativa en comparación con el placebo confusión y embotamiento emocional (3). Sólo les faltaba agregar que gracias a este embotamiento emocional disminuían los síntomas depresivos.

1. NMDAR inhibition-independent antidepressant actions of ketamine metabolites. Zanos P et al. *Nature*. 2016; 533(7604):481-486.

2. Ionescu DF et al. Rapid and Sustained Reductions in Current Suicidal Ideation Following Repeated Doses of Intravenous Ketamine: Secondary Analysis of an Open-Label Study. *J Clin Psychiatry*. 2016 Jun; 77(6):e719-25.

3. Caddy C. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 23; (9):CD011612.

## **2. Pot-pourri: anti-inflamatorios y suplementos dietarios**

Podríamos dejarlos de lado, porque también se habló sobre esto en el número 9 de Atlas (El año de la inflamación y Nutrición y salud mental) y, de hecho, lo vamos a dejar de lado, remitiendo a quienes estén interesados al link correspondiente. Es difícil, con todo, hablar sobre promesas terapéuticas y no hacer mención, aunque sea de pasada, a estos tratamientos: AINES como antidepresivos (1), probióticos para la depresión (2), suplementos dietarios para el ADD o la depresión (3). Y, como se comentaba, todo lo natural se transforma en comercial. Ácido Graso omega-3s, Vitaminas B, hierro, colina, zinc, magnesio, vitamina D, entre otras, que *tendrían probado* su efecto positivo a nivel de los padecimientos mentales, ya no se comprarán sólo en herboristerías o se sacarán de esos estantes elevados y giratorios de las farmacias sino que serán productos farmacéuticos, los “nutracéuticos” (nutraceuticals).

1. Köhler O, Petersen L, Mors O, Gasse C. Inflammation and depression: combined use of selective serotonin reuptake inhibitors and NSAIDs or paracetamol and psychiatric outcomes. *Brain Behav.* 2015 Aug; 5(8): e00338.

2. Akkashah G et al. Clinical and metabolic response to probiotic administration in patients with major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Nutrition.* 2016 Mar; 32(3): 315-320.

3. Rucklidge JJ et al. Vitamin-mineral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: double-blind randomised placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2014; 204:306-315.

### **3. Hipertermia de Cuerpo completo (Whole-body Hyperthermia)**



El heckel-HT3000 es como si fuera una cucha de alta montaña para perros, montada encima de una camilla y con cuatro ventiladores inspirados en los impulsores del Snowspeeder de Star Wars, salvo que en lugar de que se meta un perro, quien introduce su cuerpo en esa máquina es un ser humano. La función que cumple el aparato es la de elevar la temperatura corporal mediante un sistema que emplea radiación infrarroja A filtrada a través de un medio líquido. Según su fabricante, el heckel-HT3000 se puede emplear para diferentes patologías: fibrositis, artrosis, procesos inflamatorios crónicos, asma, colitis ulcerosa, psoriasis, algunos tipos de cáncer, entre otros. El fabricante no lo promueve para tratamiento de salud mental.

Basados en la hipótesis de que los pacientes con Depresión tendrían una alteración de la termorregulación, un grupo de investigadores proponen el uso del heckel-HT3000 para mejorar la sintomatología depresiva.

En el 2013, publican los resultados de su estudio en una Carta al Editor en el *American Journal of Psychiatry* (1). En este trabajo utilizan la misma auto-cita en tres ocasiones (cita, por otra parte, del mismo artículo que habían publicado unos meses antes en otra revista, de menor llegada) y apelan a recursos retóricos tales como “Datos convergentes de estudios preclínicos” o “Varias líneas de evidencia” (en ambos casos, *tanto los datos convergentes como las varias líneas de evidencia nos conducían al mismo artículo de ellos*).

En el 2016, el mismo equipo de investigadores llegan al *JAMA Psychiatry* con, esencialmente, la misma investigación (el estudio reciente arranca en la misma fecha que el anterior), excepto por algunos ajustes metodológicos que es lo que le estaría otorgando una validez científica mayor (2).

Las diferencias metodológicas son tremendas. En el primero de los estudios eran 12 pacientes internados en un Hospital Privado de Tratamientos Alternativos de Suiza (¿no suena sospechoso?) a los que se comparaban con otros 7 pacientes que no fueron sometidos al mismo método terapéutico, e incluía mediciones tales como el uso de termómetros anales (para los hombres) y vaginales (¿aclaro?) y una escala para evaluar la depresión poco usual (la *Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale*). En el nuevo estudio enriquecen la muestra, aumentando el número de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor y sin medicación a 16 (¿de 12 a 16!) y comparándolos con otros 14 que fueron sometidos a una intervención de mentira (básicamente, meterlos en el mismo dispositivo pero sin elevar la temperatura), pero, eso sí, utilizando metodología de doble-ciego y tomando la Escala de Hamilton para la Depresión (16 puntos o más en la HAM 17). Obtuvieron mediciones inmediatamente después de la intervención y hasta 6 semanas luego. En ambos estudios el método era igual: una única sesión de unas dos horas en el *heckel-HT3000*, procurando aumentar la temperatura corporal a 38,5°C.

Los investigadores encontraron que el 60% de los pacientes respondieron al tratamiento y que un 40% cumplió con los

criterios de remisión de la depresión. Una semana más tarde de la intervención, ésta mejoró las puntuaciones de depresión unos 5,7 puntos por encima del tratamiento falso y la mejoría se mantuvo hasta seis semanas luego de la intervención. Estos resultados son más que aceptables, comparables a los observados en los tratamientos farmacológicos.

Ambos trabajos, el del 2013 y el del 2016, proponen una explicación sobre los fundamentos del método que parecen sacados de una Muy Interesante. Aquí va: “Datos convergentes de estudios preclínicos [Léase: nuestros datos] sugieren que la estimulación de vías espinobraquiales termoaférentes sensitivas a la temperatura que proyectan desde la piel a núcleos serotoninérgicos del cerebro medio produce efectos antidepresivos en modelos animales, mientras que simultáneamente inducen un enfriamiento corporal. Varias líneas de evidencia [Léase: nuestra línea de evidencia] sugieren que el trastorno depresivo mayor puede ser caracterizado por una actividad sub-óptima en esta vía, basado en reiteradas observaciones sobre que el trastorno depresivo está asociado con un incremento de la temperatura corporal, con una reducida capacidad termorreguladora (ej.: sudoración) y con alteraciones de la actividad serotoninérgica periférica. Todo esto puede relacionarse con una alteración de la actividad en el circuito termorregulador “piel-cerebro-cerebro-piel” (¿?) dentro del cual la vía espinobraquial ascendente y sus proyecciones al SNC forman sus componentes centrales.” (1)

Pero como esta explicación parece demasiado científica, en una comunicación de la universidad en la cual trabajan, los autores la hacen más accesibles para el público general. Según uno de los autores, Raison, sobre quien volveremos más tarde, “Las personas con depresión tienen una temperatura corporal más elevada que las personas sin depresión. La inmersión en estos ambientes calientes producen un efecto paradójico: hace que la temperatura corporal descienda y al hacerlo, lo hace la depresión.”; “Creemos que usar calor para estimular la piel activa las células productoras de serotonina en el cerebro me-

dio, lo que entonces produce un cambio en la forma en que el cerebro funciona”; “Se podría pensar en esta vía de la piel al cerebro como un estimulador del cerebro profundo creado por la evolución. Aprovechamos esta vía porque el calor hace que el cerebro se sienta feliz”. Si hasta ahí estas explicaciones parecían un poco, ¿cómo decirlo?, vagas, los dejo con la última, proferida por otro de los autores, Lowry: “La depresión se asocia con las cavilaciones y calentar el cuerpo podría obligar a la gente a cambiar el enfoque mental de sus pensamientos negativos al mundo que les rodea”. (<http://www.med.wisc.edu/news-events/raising-body-temperature-relieves-depression-symptoms-small-study-finds/48472>).

1. Hanusch KU et al. Whole-body hyperthermia for the treatment of major depression: associations with thermoregulatory cooling. *Am J Psychiatry*, 2013 Jul; 170(7):802-4.

2. Janssen CW et al. Whole-Body Hyperthermia for the Treatment of Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2016.

#### **4. Caninoterapia: los perros como probióticos y para el tratamiento del Trastorno por Estrés post-traumático**

¿Cuántas veces nos retaron por dejar que algún perro nos lamiera en la zona bucal o nasal? ¿Cuántas veces no habremos burlado de Nicole Neumann y su profundo apego a la fauna canina? ¡Ignorantes!, eso es lo que parece darnos a entender el proyecto “El Estudio de los Perros”

“Todos saben que los perros son el mejor amigo del hombre, ¿pero alguna vez se preguntaron si además de este lazo emocional, existe un componente biológico que realmente mejora la salud tanto del perro como de los humanos?”. Detrás de este estudio se encuentra Charles Raison perteneciente a la Universidad de Arizona, el mismo psiquiatra que aparece como último autor en los estudios sobre el aumento de la temperatura corporal para el tratamiento de la depresión, y una organización llamada The Human-Animal Interaction Research Initiative, HAIRI.

La línea argumental de este estudio es así: 1) la mayoría



de las bacterias presentes en nuestros intestinos (la microbiota) son una parte esencial de nuestro ecosistema y son vitales para mantener ciertos aspectos de nuestra salud mental y física; 2) las personas que tienen perros tienden a compartir las mismas bacterias que sus perros; 3) los niños que crecen con perros dentro de su casa tienen menos probabilidades de desarrollar trastornos relacionados con la inmunidad (alergias, asma); 4) es posible que los perros funcionen como probióticos, incrementando el número de bacterias buenas; 5) aquellos que tienen perros van a tener un mejor funcionamiento del sistema inmune; y 6) esto va a redundar en una mejor salud física y, en lo que a nosotros respecta, mental, de los adultos mayores (<http://www.uadogstudy.org/>).

Los participantes humanos son voluntarios de más de 50 años que deseen adoptar a un participante canino, que permanecen a la espera de ser elegidos, alojados en un refugio de animales. Aquí pueden encontrar fotos y descripciones sobre cada uno de los perros disponibles, su nombre, su personalidad, sus habilidades, enfermedades y limitaciones. En estos momentos, el estudio acaba de empezar por lo que lamentamos no contar con información sobre sus resultados. Por ahora, podemos ir destacando que toda la investigación saldría unos US\$ 75000 (quienes quieran están invitados a donar), un costo infinitamente inferior al de cualquier estudio psicofarmacológico, que quizás tenga mejores resultados.

Adoptar un perro también puede ser un tratamiento adjunto efectivo para el tratamiento del Estrés post-traumático (TEPT) en veteranos de guerra. Casi la misma aseveración que se hace sobre los antipsicóticos atípicos (1).

Es cierto, ponerlo en estos términos quizás sea un poco exagerado; en realidad podrían servir como adyuvante para el tratamiento de algunos síntomas del TEPT... ups, casi lo mismo que se puede decir de los antipsicóticos atípicos.

Un amante de los perros, Stephen Stern, profesor adjunto de la Universidad de Texas y uno de los investigadores involucrados en el estudio, comenta que se les ocurrió investigar

el efecto que los perros podrían aportar para el tratamiento de los síntomas del TEPT al observar que los veteranos de guerra que adoptaban perros comenzaban a sentirse mejor. Podríamos decir que se trata de un descubrimiento que llega merced a la serendipia... casi como la mayoría de los fármacos más significativos de la historia de la psiquiatría.

La investigación arranca en el 2013, cuando llevaron a cabo un pequeño estudio observacional sobre unos 30 pacientes con TEPT que tenían perros. Los resultados fueron publicados en la "Society and Animals" (2) una revista que tiene un factor de impacto de 0,70 (para comparar, el American Journal tiene 13,5, el World Psychiatry 20,2), lo que explicaría por qué sus resultados permanecieron en las sombras de la ciencia. Ese estudio mostró que los veteranos de guerra que tenían perros se sentían más calmos, menos solos, menos deprimidos y menos ansiosos acerca de su seguridad personal y la de su familia.

Tres años luego, van presentando un estudio que cuenta con menos pacientes aún que el anterior, pero tiene el gran aval de ser un ensayo controlado y randomizado de 6 meses (seguimiento dignamente prolongado). El objetivo primario fue examinar si adoptar un perro como mascota puede servir como co-adyuvante para el tratamiento del TEPT. El estudio incluyó 19 veteranos que cumplían criterios DSM-V para TEPT, y con un puntaje de 39 o más en la PCL-5 (escala para medir TEPT), además se les tomó la Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) para medir síntomas depresivos y la UCLA Loneliness scale, obviamente para medir sentimientos de soledad. Ninguno de los participantes tenía que haber vivido con ninguna mascota durante los últimos 12 meses. De los 19 participantes, a 9 se les asignó un perro proveniente la Sociedad Humana (así se llama una institución que da refugio a los animales, de la cual el propio Dr. Stern rescató tres animales) y a otros 10 se los dejó en una lista de espera. Los investigadores aclaran que el jefe veterinario de la Humane Society les mostró cuáles eran los perros que podían elegir, discriminando (o

sea: dejando de lado) aquellos perros con problemas médicos o conductuales. Además, en lo que parece un exceso de compañía y acompañamiento para aquellos favorecidos con una mascota, y lo que probablemente pudo haberse constituido en un importante sesgo, a lo largo de todo el estudio, los veteranos y sus perros recibieron un apoyo cercano, incluyendo 8 sesiones de entrenamiento en libre obediencia (wtf!) y cuidados veterinarios.

Durante el seguimiento de 3 meses, el promedio de mejoría en la escala PCL-5 fue de 15,2 puntos en el grupo perruno vs. 7,8 en el grupo control. El tamaño del efecto fue de 0,7, aunque la *p* no fue significativa. Por supuesto, se apuran por afirmar los autores, el hecho que no haya habido significancia estadística fue debido a que la muestra era de pocos participantes.

Los resultados, no obstante, mostraron que los perros tuvieron un mayor efecto en los síntomas de depresión y soledad. El promedio en la escala PHQ-9 mostró una mejoría de 4,1 puntos vs. un empeoramiento de 0,7 puntos en el grupo control. En la escala de soledad, la mejoría fue de 7,8 puntos vs. un empeoramiento de 3,4 puntos en el grupo control. Los tamaños del efecto para ambas escalas fue de 1,1 y 1,2 respectivamente con valores *p* significativos.

Por ahora se trata de un pequeño estudio, cuyos resultados ni siquiera fueron publicados en revista científica, pero podemos adelantar que no sólo se beneficiarían los pacientes con TEPT sino también los perros, quienes perderían la condición homeless. Un beneficio colateral de las guerras.

1. Liu X et al. Efficacy and acceptability of atypical antipsychotics for the treatment of post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Psychiatry Res.* 2014, 30; 219(3):543-9.

2. Johnson A et al. Potential benefits of canine companionship for military veterans with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal Society and Animals* 2013, Vol. 21 (6): 568-581.

## 5. El Sistema de Sueño Cerêve

Cuando se entra a la página <http://cerevesleep.com/home> lo primero que salta a la vista son unas fotografías que sugieren bienestar y hay una donde se nos muestra a una mujer recostada sobre una cama a la intemperie o bien sobre una alfombra voladora, tapada con una sábana de la misma tela que el gorro del mago de la película *Fantasia*, presumiblemente durmiendo, y abrazada a un oso de peluche. Por debajo se lee: “Duerme bien con Cerêve (el osito de peluche es opcional)”. Sí, un chiste. Así se toma el primer contacto con esta empresa y su promocionado producto, el Cerêve Sleep System, un aparato para el tratamiento del insomnio.

De acuerdo al fabricante, se trata de un aparato que “manteniendo la frente fría ayuda a reducir la latencia hacia las fases 1 y 2 del sueño”. Esta explicación podría resultar insólita si no fuera porque tiene un profundo fundamento biológico. En efecto, el fundador de la empresa Cerêve, un especialista en sueño llamado Eric Nofzinger, se inspiró para su creación en el resultado de imágenes funcionales donde notó que los pacientes con insomnio “tenían la corteza frontal activa”, lo que se manifiesta clínicamente como una aceleración de los pensamientos que interfiere con el logro del sueño. Por lo tanto, Nofzinger teorizó que si a los pacientes con insomnio se les enfría la frente de una manera precisa, dentro de un rango terapéutico clínicamente comprobado, se reduce la hiperactividad frontal y, así, alcanzarían más rápidamente las Fase 1 y 2 del sueño.

A partir de esa teoría logró que más de 230 pacientes con insomnio primario, contabilizando 3800 noches, mejoraran su sueño, según lo evaluado en tres estudios, uno de ellos randomizado y comparado contra placebo, todo lo cual le valió la aprobación por parte de la FDA para su comercialización. (No me fue posible, sin embargo, encontrar en la página de la FDA

el formulario 510(k) correspondiente a este producto.)

Tampoco logré hallar una foto o descripción del aparato. En la sección Nuestro Producto, dicen que “No podemos decirte mucho más por ahora (como dice el dicho, en boca cerrada no entran moscas)”. Otro chiste?! Sólo llegamos a saber, y quizás sea suficiente, que es un dispositivo controlado por un software que se coloca al costado de la cama, que enfría y bombea un fluido a una almohadilla ubicada sobre la frente que el paciente debe usar durante toda la noche. Ese enfriamiento frontal sería “una solución al origen del problema del insomnio, es decir, lograr la calma de la mente hiperactiva que impide que se duerma”. Apagar nuestras mentes y dormir más rápido, dicen en la página.

Duerme, ahora feliz.

# Diez papers que cambiaron la psiquiatría (segunda parte)

---

Marcelo Cetkovich Bakmas

---

**6. Daniel R Weinberger Implications of Normal Brain Development for the Pathogenesis of Schizophrenia . Arch Gen Psychiatry 1987 ;44:660-669.**

No hay dudas que este artículo estaba llamado producir una modificación profunda en el abordaje del diagnóstico, el tratamiento y la investigación en la esquizofrenia y que esta modificación se extendería a otros dominios de la psicopatología.

Es imposible desligar el desarrollo de la idea de la esquizofrenia como trastorno del neurodesarrollo del posterior ensamblaje de todos los protocolos de detección precoz.

Hay tres hechos acerca de la esquizofrenia que Weinberger destaca: el primero es la alta probabilidad de que aparezca en la adolescencia tardía la madurez precoz; segundo el rol del estrés en su inicio y recaídas; y tercero, eficacia terapéutica de las drogas neurolépticas. Las hipótesis neurobiológicas han tendido sólo a dar cuenta rasgos seleccionados del trastorno o a algún punto de la Investigación. Por ejemplo hipótesis bioquímicas como la dopaminérgica están, mayormente, basadas

en el tercer factor, el efecto de los antipsicóticos. Por más valiosas que hayan sido las hipótesis Bioquímicas, es poco lo que han contribuido para comprender los otros factores, es decir el inicio puberal-juvenil y el rol del estrés. Luego de varias décadas de silencio, la neuropatología volvía a mostrar su utilidad en el estudio de la esquizofrenia. El trabajo de Wainberger en los recientes estudios de neuroimágenes que mostraban evidencia cuantitativa de dilatación ventricular. El autor destaca que la relación entre las lesiones y la enfermedad se oscurecen cuando se observa la aparente distancia temporal entre las lesiones observadas y el desarrollo de la enfermedad. Cita los trabajos de Bogerts, Benes, Beckman y Jakob, Kovelman y Scheibel, todos los cuales apuntan a alteraciones neuropatológicas de distintas estructuras fronto temporales, en las cuales se observan desórdenes cito arquitectónicos, llamando la atención la ausencia de proliferación glial, el principal marcador de neurodegeneración. Esto permite sospechar que las lesiones no son producidas por la enfermedad, sino que la predatan. En forma clara, las alteraciones en la corteza entorrinal observadas por Beckmann y Jakob, sólo pueden producirse en una ventana temporal muy estrecha durante la cual esta estructura se ordena y ésto ocurre en el segundo trimestre del embarazo. Lo que propone la hipótesis es que determinado tipo de noxa afecta el normal desarrollo cerebral en etapas tempranas. Una de las estructuras afectadas sería la corteza prefrontal dorso-lateral; como su maduración final no se produce hasta la adolescencia, no es llamativo que una deficiencia de la misma se manifieste en éste momento. Por esa razón los estresores que ocurren en ese momento de la vida, ponen en evidencia un sistema prefrontal y dopaminérgico inadecuadamente desarrollado, con lo que aparecen los síntomas.

Weinberger no es el primero en postular la teoría del desarrollo; en 1965 Barbara Fisch publica una serie de artículo en los cuales hace el seguimiento de un grupo pequeño de niños “de riesgo” (antecedentes familiares de trastornos mentales, antecedentes de trauma, bajo nivel socioeconómico,

trastornos en el parto) pudo demostrar que sutiles alteraciones en el desarrollo psicomotor podían predecir el desarrollo de esquizofrenia.

La gran consecuencia de la teoría del neurodesarrollo de la esquizofrenia es que, en forma inmediata, los investigadores comenzaron a pensar que, si las causas de la enfermedad había ocurrido mucho antes de las primeras manifestaciones de la misma, era factible identificar a las personas antes de enfermar. Así nacen los proyectos de “detección precóz” de la esquizofrenia. Luego de una cierta euforia inicial, quedó claro que muy lejos de detectar a las personas en riesgo de enfermar, estábamos detectando tarde a quienes ya estaban en pleno proceso patológico, por eso los protocolos trocaron por programas de “primer episodio psicótico”.

**7. Hagop S Akiskal & Olavo Pinto. The Evolving Bipolar Spectrum. Prototypes I,II, III, and IV.** The Psychiatric Clinics of North América 1999, 22 (3):517-534.

El año 1999 es un momento importante en la historia de la investigación de los trastornos bipolares. En el mes de junio, durante el simposio internacional de trastornos bipolares llevado a cabo por tercera vez en la ciudad de Pittsburgh, se funda la Sociedad internacional de trastornos bipolares, cinco argentinos fuimos miembros fundadores. Desde entonces la producción científica vinculada al tema ha crecido en forma exponencial; los expertos en bipolaridad coinciden en la apreciación de que la investigación hasta ese momento estaba mucho más focalizada en otro tipo de psicosis, particularmente el esquizofrenia y la depresión mayor. Siendo mucho menor la investigación en trastornos bipolares. En este artículo Akiskal, sin lugar a dudas Uno de los pensadores modernos más lúcidos de la psiquiatría actual, resume sus postulados acerca de lo que él denomina “el espectro bipolar evolutivo”. Al leer este artículo muchos años después, llama nuestra atención un detalle que no habíamos destacado lo suficiente: utiliza el concepto



de prototipos para describir las formas clínicas clínicas. En un contexto en el cual la manualización de los diagnósticos crecía a pasos agigantados, la utilización de esta conceptualización de la más rancia fenomenología era una verdadera declaración de principios frente al empobrecimiento de la clínica. No existe la menor duda que una de las principales causas por las cuales fue Akiskal resistido, tiene que ver con con su postura de que la observación clínica minuciosa por parte de un clínico experimentado, tiene valor en sí misma, y que la validación estadístico-matemática es un paso posterior al postulado Clínico.

No nos vamos a detener en la descripción de cada una de las formas clínicas de Akiskal; sólo destacaremos cosas que nos parecen fundamentales. Por ejemplo, la descripción de la forma que él denomina Trastorno Bipolar I y 1/2 caracterizada por la alternancia de episodios depresivos con hipomanías prolongadas, las cuales producen algunos problemas al paciente y su entorno, pero sin alcanzar el potencial destructivo de episodios maníacos completos. Por otro lado destacamos el Trastorno Bipolar II y 1/2, la depresión ciclotímica. Se trata de pacientes en los cuales la ciclotimia es enmascarada por episodios depresivos mayores, lo que produce la pérdida del diagnóstico de trastorno bipolar, dado que la inestabilidad en la vida del ciclotímico puede ser interpretada como rasgos del eje dos en el cluster B de la personalidad. antes que propia inestabilidad activa. Sabemos que Akiskal más que nadie, abordó el problema de la comorbilidad entre el Trastorno Bipolar y el Trastorno Límite de la Personalidad.

El trastorno bipolar tres y medio se caracteriza por episodios de exaltación inducidos por el abuso de sustancias o alcohol lo que produce dificultad en el diagnóstico. El trastorno bipolar tipo IV, la depresión y Hipertímica, nos parece una de las observaciones más agudas de Akiskal. Se trata de personas que hacen episodios depresivos tardíos que se superponen a un temperamento hipertímico de toda la vida. Los

rasgos del temperamento hipertímico no están vinculados a los episodios, sino que forman parte del funcionamiento en el largo plazo de la persona. Se trata de hombre en sus 50 años, enérgicos, con marcada autoconfianza y rasgos interpersonales extrovertidos que les han sido útiles para lograr suceso en la vida. Hemos corroborado la validez clínica de este constructo en muchas oportunidades, y no tenemos la menor duda de que Akiskal es uno de los grandes personajes de la psiquiatría moderna y la lectura de sus trabajos necesaria para cualquier psiquiatra contemporáneo.

**8. Phillip W Gold. Th organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness.** *Molecular Psychiatry* (2015) 20:32-47

Hace exactamente 80 años se publicaba en la revista *Science* el artículo de Hans Selye en el cual describe el síndrome general de adaptación. En tan sólo dos páginas resume años de experimentación y, por primera vez, nos brinda una explicación de cómo los eventos medioambientales influyen en nuestra biología. No tenemos dudas que la medicina experimentó profundos cambios a partir de este artículo. En la actualidad Bruce McEwen ha desarrollado el modelo de la carga alostática, en la creencia que compartimos que brinda una mejor conceptualización al fenómeno del estrés. McEwen muestra que el cerebro es el órgano central en el estrés, porque es el que determina, ante una demanda física o social, si la misma representa una agresión o una amenaza potencial, y en respuesta a esto produce una serie de mecanismos adaptativos: en primer lugar guardar un recuerdo del evento de forma tal de poder reconocerlo más rápidamente en el futuro. Por otro lado produce una respuesta conductual y finalmente produce una respuesta fisiológica adaptativa que permite lidiar con la agresión o reparar sus efectos. Las modificaciones que implican la activación del eje hipotálamo hipofiso adrenal, el Siste-

ma Nervioso Simpático y las respuestas no lineales del sistema inmunitario e inflamatorio, es lo que él denomina adaptación a través del cambio, o alostasis. El objetivo de esta respuesta, es restablecer la homeostasis que la agresión externa alteró. Con la repetición de este circuito se va produciendo el desgaste por el uso a través de la carga y sobrecarga alostática, lo que favorece el proceso de enfermar.

Philip Gold ha estudiado la respuesta del estrés en relación a la depresión durante años. En este artículo, que consideramos la “teoría de los campos unificados” de la depresión, fundamenta en forma minuciosa y sólida porque considera que la depresión es una respuesta de estrés distorsionada. Consideramos este artículo de lectura obligada para todo psiquiatra actual, pero hacemos una advertencia: la densidad conceptual y el carácter abigarrado de la evidencia desplegada exigirá del lector un esfuerzo significativo. Es un artículo para estudiar porque esclarece una serie de mecanismos, no es para leer entre paciente y paciente. Solo por dar un ejemplo, toma el caso de los defectos moderadores de la respuesta de estrés del polimorfismo del gen transportador de la serotonina y fundamenta la importancia de los mismos. Por otro lado demuestra que estructuras de las cuales sabemos que tienen una función alterada en la depresión, como la corteza subgenual, son también críticas en la respuesta al estrés. Los efectos acumulativos de los eventos vitales estresantes modifican la conectividad de los circuitos involucrados en un círculo vicioso de desgaste, hasta producir una respuesta distorsionada que cristaliza en el estado depresivo. Es muy destacable que la hipótesis de Gold muestra una clara convergencia con los desarrollos de la psicología cognitiva, en la cual se postula que la predisposición genética a la depresión produce sutiles y cotidianos sesgos cognitivos que, en forma acumulativa, modifican la respuesta al estrés mismo amplificándola, terminando en el desarrollo del cuadro depresivo completo. La importancia que adjudicamos a este artículo es que, según nuestro humilde entender, es

la primera vez en la cual podemos observar una robusta convergencia entre los desarrollos de la neurobiología y la clínica por un lado, y los desarrollos de la psicopatología cognitiva por el otro.

**9. Elaine Walker; Tammy Savoie; Dana Davis. Neuro-motor Precursors of Schizophrenia.** Schizophrenia Bulletin 1994 20 (3): 441-451

Basándose en el hecho de que diversas observaciones documentaron alteraciones neuromotoras en la esquizofrenia, y teniendo en cuenta que estas no podían ser consecuencia de los efectos colaterales de los neurolepticos, Walker y su grupo diseñan una estrategia dirigida a establecer el funcionamiento neuromotor de niños en riesgo de padecer esquizofrenia. Cita una significativa frase de Meehl: “la investigación debería concentrarse en una neurología y psicofisiología sutiles como indicadores más cercanos en la cadena causal de los procesos esquizogénicos antes que en los procesos psicométricos, sociales y las funciones cognitivas superiores”

Hasta ese momento existían datos que mostraban alteraciones neuromotoras en hijos de personas con esquizofrenia, pero no se había realizado ningún seguimiento de largo plazo hasta la adultez; con la notable excepción del estudio seminal de Bárbara Fish, en el cual de los 26 sujetos definidos como de alto riesgo, uno desarrolló esquizofrenia y seis mostraron trastorno de la personalidad esquizotípico o paranoides. Esto le permitió a Bárbara Fish hablar de una “pandismaduración” en la infancia incluyendo retrasos en el desarrollo motor durante los dos primeros años de vida.

Con mucha claridad Walker y colaboradores afirman: “la demostración de lazos entre características anormales infantiles y la evolución hacia la esquizofrenia en la adultez tiene implicancias significativas en nuestra conceptualización del trastorno. Signos precoces de disfunción en sujetos esquizofrénicos le dan apoyo a la asunción de que la vulnerabilidad

constitucional está presente al nacimiento y que procesos de desarrollo moderan su expresión”. De ahí que para ellos fuera tan importante encontrar alguna forma de evaluar en forma retrospectiva el funcionamiento de personas con esquizofrenia. Por eso utilizan este proyecto que denomina “observacional de archivo” utiliza películas caseras para evaluar el desarrollo de neuromotor de persona que luego desarrollaron esquizofrenia y lo compararon con personas que desarrollaron depresión, así como controles sanos. Pusieron avisos en servicios de internación y ambulatorios solicitando sujetos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos afectivos, que tuvieran películas caseras infantiles disponibles. Luego de ordenar y clasificar las películas de más de 120 sujetos, las mismas fueron evaluadas por un neuropsicólogo y un experto en neurodesarrollo que desconocían el diagnóstico del protagonista. Estos completan un cuestionario de performance neuromotora. Los resultados mostraron que, claramente, las personas que desarrollaron más tarde esquizofrenia presentaban en su infancia mayor tasa de anormalidades motoras y menores habilidades motoras infantiles comparados con los datos los afectivos y los controles.

Hubo algunos desarrollos previos que postularon rasgos clínicos pre mórbidos como la esquizoidía y la esquizotipia y la esquizotaxia de Meehl. Pero los trastornos de la personalidad esquizofrénicos premórbidos, si bien son de gran valor heurístico son observables en etapas tardías del desarrollo, y hoy en día estamos en condiciones de afirmar que son en muchos casos estados iniciales de la enfermedad. El valor del estudio de Walker radica en la búsqueda de sutiles predicadores precoces.

Estos artículos son los que están en la base del desarrollo de los programas de detección precoz de las psicosis endógenas, y por eso consideramos que son los artífices de la verdadera revolución psiquiátrica del siglo XXI, que son las intervenciones precoces.

**10. Patrick McGorry The recognition and management of early psychosis: An evidence based reform.** World Psychiatry 2002, 1(2):76-83.

McGorry inicia su escrito afirmando que la calidad de los cuidados en salud mental en el mundo sigue siendo insuficiente e inaceptable. Incluso en países desarrollados donde la falta de recursos no es el problema, la distancia entre eficacia y efectividad sigue siendo grande.. Atribuye a diversos factores esta distancia, incluyendo la amplia distribución en la comunidad del estigma y los pensamientos pesimistas acerca de la evolución, el bajo estatus de la psiquiatría en sistema de salud con el consecuente bajo presupuesto, el fracaso para implementar reformas asociadas con las desinstitucionalización, y la falta de traducción en avances genuinos de tratamiento en el abordaje clínico. McGorry muestra una postura pro reforma, pero esta reforma que él propone se basa en la evidencia científica y no en prejuicios anti psiquiátricos.

Para este investigador la base del paradigma de la nueva reforma son las intervenciones precoces. Factores esenciales son las necesidades especiales de los jóvenes en esta fase inicial, los efectos iatrogénicos de los cuidados disponibles y una amplio rango de posibilidades preventivas. Las fallas clave radican en los retrasos prolongados de acceso a un tratamiento efectivo, el cual ocurriría en el contexto de una crisis y se va complicando más la situación al producir tratamientos más traumáticos, que no vacila en describir como alienantes. Puede parecernos crudo, pero se refiere a esta imagen que tantos de nosotros hemos visto, la de un adolescente en su primer episodio hospitalizado en uno de los grandes hospitales monovalentes junto a pacientes crónicos y deteriorados.

El desarrollo de la psiquiatría comunitaria en la actualidad se nutre de los avances en la neurobiología y la psicoterapia de la psicosis. Intervenciones precoces implican detección de casos nuevos, acortamiento del reconocimiento , y la provisión de tratamiento óptimo y sostenido en el período

temprano crítico de los primeros años de la enfermedad. La intervención precoz, con su promesa de tratamientos efectivos a través de un foco aumentado en la fases iniciales de la enfermedad, es una estrategia adicional de reducción de la prevalencia y la carga de la enfermedad. Se trata de un objetivo radical que bajo ningún punto de vista sería controversial en otras áreas de la salud.

La literatura actual sobre el tema abunda respecto a cómo definimos sujetos de riesgo y de ultra alto riesgo; uno de los argumentos en contra de este abordaje más utilizados es el del falso positivo, es decir la posibilidad de brindar tratamiento a quienes realmente no lo necesita. Sin embargo en las investigaciones se ha mostrado que, muy lejos de detectar personas en riesgo lo que estamos haciendo es llegar tarde para tratar a las personas que ya están enfermas. De ahí la importancia de prueba de primer episodio psicótico.

El abordaje de la psicosis con el modelo de intervenciones precoces en el primer episodio es, sin lugar a dudas una de las grandes revoluciones de la psiquiatría.

En forma llamativa todos estos datos, que podrían haber sido incorporados por una ley de salud mental que se presenta a sí mismo como un cambio de paradigma, fueron ignorados por quienes la redactaron. Este sencillo hecho no hace más que poner en evidencia la absoluta falta de conocimiento clínico y científico e los ideólogos de la ley, que en ningún párrafo del texto menciona las intervenciones precoces. No se me ocurre forma más cabal de defender los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, que desarrollar políticas basadas en la evidencia científica que cumplan lo parámetros comunes a toda la salud, la detección precoz. Es evidente que los intereses de las personas afectadas de trastornos mentales no figuraban entre las prioridades.

---

## GRANDES MOMENTOS DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA

---

1930. Wilhelm Reich desarrolla la idea del orgón como fuerza vital y crea el “acumulador de orgón”: una caja fuerte con ventana donde encerraba a sus pacientes para que se llenen de energía y se liberaran sexualmente (?). Uno de esos pacientes fue un Bob Spitzer adolescente con problemas de relación con las chicas. No le funcionó. Años más tarde publicó un paper desacreditando la escuela de Reich y ayudó al desprestigio y humillación pública del psiquiatra ucraniano.

W. Reich murió en la cárcel. Spitzer se casó tres veces.





# Las 10 promesas terapéuticas: todo lo que sabés está mal segunda parte

---

---

Javier Fabrissin

---

---

## 6. Terapia Lumínica



Usualmente leemos sobre la potencial aplicación de la terapia lumínica en cuadros afectivos, en particular en los trastornos afectivos estacionales (1), pero parece que también tendría otras aplicaciones, dentro de ellas, la mejora del rendimiento cognitivo, una mejora del rendimiento cognitivo que no sólo

podría darse en personas aquejadas de alguna demencia sino en la población general.

Metodológicamente el estudio fue bastante sencillo. Agarraron a 17 personas por un lado y las expusieron a una luz con una longitud de onda de 468nm (luz azul) y a otros 18 a los que expusieron a una luz con una longitud de onda de 578nm (luz ámbar), condición placebo. En ambos casos, los participantes eran personas sanas, que tuvieron que estar metidos en un cuarto oscuro, excepto por la fuente de la luz, durante 30 minutos. Ni bien pasó este tiempo de exposición, se les realizó una RM funcional y una tarea de evaluación cognitiva, el N-back task, que mide particularmente memoria de trabajo.

Encontraron que aquellos expuestos a la luz de onda azul superaron en el N-back task a los que fueron expuestos a la condición de placebo. El estudio reveló que inmediatamente, o sea, ni bien terminaron de tomar luz azul, los individuos expuestos a ésta mostraron diferencias, no sólo en el test sino en las neuroimágenes funcionales. En efecto, parece ser que tuvieron una mayor activación en la corteza prefrontal dorsolateral y ventrolateral, asociada a una mayor velocidad de reacción y una mayor eficiencia en las respuestas al N-Back Task en comparación a los que fueron expuestos a la luz ámbar, hallando, a su vez, una correlación entre la activación en la corteza ventrolateral y los tiempos de respuesta en el test.

Un comentador del estudio, el Dr. Rothenberg, especialista en Sueño y un tanto celoso, no se mostró demasiado sorprendido, y dijo: “Los receptores de melanopsina, que son los que proveen la información lumínica a los sistemas circadianos, son más sensitivos a la luz azul, por lo tanto, no es ninguna sorpresa que la luz azul tenga un efecto más intenso sobre los ritmos biológicos”, y dándose media vuelta siguió leyendo el diario.

Sin embargo, según los investigadores, es el primer estudio que comprueba que el efecto de la luz azul en el rendimiento cognitivo se mantiene aun cuando esta exposición cesó. Hummm, por lo pronto, hay muchos estudios previos

con resultados semejantes (3). Y, más aún, hay otros estudios parecidos y uno en particular acaso más interesante (4). En éste se comprueba que la exposición a la misma longitud de onda que en el estudio que comentamos, la luz azul, es comparable al efecto que tiene dormirse una siesta durante 30 minutos para evitar la modorra post-prandial (esta modorra post-prandial es medida en términos de rendimiento cognitivo, incluyendo estado de alerta, de sueño, de vigilancia, de flexibilidad cognitiva). Para poder comparar resultados, en este estudio se definieron dos ramas: en la primera, se llevaba a los participantes a que duerman en una “sala oscura y tranquila” y al otro grupo los ponían a ver un documental; en la segunda rama, a todo el grupo se los ponía a ver el documental pero a unos se los exponía a la luz azul y a otros a una luz naranja (condición placebo). Los resultados mostraron que dormir 30 minutos es equivalente a pasarse 30 minutos enfrente de una luz azul. No sé qué elegiría un empleado puesto ante este dilema, si quedarse despierto con una luz azul entrándole en los ojos, como un pollo al que se quiere alimentar a la fuerza, o tirarse a dormir un rato... Dicho sea de paso, leyendo este estudio, el (4), encontramos la confirmación de un par de cosas que sospechábamos: una, que no sirve dormir siestas largas, con 30 minutos es suficiente, ya que más tiempo produce una “inercia del sueño”, así lo llaman, que provoca que uno se despierte con más sueño; dos, que la comida no es la principal responsable del sueño de la siesta sino el ritmo circadiano por sí mismo.

Volviendo al estudio que iniciamos comentando, el (2), los autores enfatizan que la exposición a la terapia de luz azul podría servir para situaciones en las que es necesario tener un mayor nivel de alerta y de respuesta a las exigencias (por ejemplo: alguna evaluación o test). Si se añade este potencial propósito al hecho de que el estudio fue financiado por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, podemos suponer hacia dónde esperan orientar esta aplicación de la luz azul.

Todo aquel que quiera experimentar, puede desembol-

sar unos US\$ 400 (<https://www.amazon.com/Philips-goLITE-BLU-Therapy-Device/dp/B001I45XL8>) y obtendrá el mismo aparato con el que se realizó el estudio. Quizás sea un dispositivo de utilidad para resistir clases a las tres de la tarde, para tomar mejores decisiones en los exámenes de opción múltiple, para manejar algún vehículo de guerra no tripulado.

1) Pail G. Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. *Neuropsychobiology*. 2011; 64(3):152-62.

2) Alkozei A et al. Exposure to Blue Light Increases Subsequent Functional Activation of the Prefrontal Cortex During Performance of a Working Memory Task. *Sleep* 2016, May 25.

3) Vandewalle G et al. Light as a modulator of cognitive brain function. *Trends Cogn Sci*. 2009; 13: 429–438.

4) Slama H. Afternoon nap and bright light exposure improve cognitive flexibility post lunch. *PLoS One*. 2015 May 27;10(5):e0125359.

## **7. Pimavanserina: Como efecto secundario la muerte**

Así se llama un libro de Ana María Shua cuyo argumento no tiene nada que ver con el tema a tratar aquí pero es un título muy adecuado para lo que vamos a hablar a continuación.

El uso de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado) o de los estados de agitación en pacientes con demencia es una indicación sujeta a controversia o, directamente, de riesgo, habida cuenta de los reportes que señalan un potencial incremento en la morbi-mortalidad en pacientes con estas patologías que recibieron antipsicóticos (<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm124830.htm>). Inicialmente, esta precaución, que llevó a que en los prospectos de dichos fármacos se imprimiese una advertencia con respecto a ella, fue informada para los antipsicóticos atípicos, pero luego se extendió a todos los antipsicóticos. A pesar de eso, su empleo para el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos sigue siendo habitual, entre otras cosas porque las medidas no farmacológicas suelen ser más engorrosas y resistidas.

Los síntomas psicóticos y la agitación en los pacientes con Demencia, incluyendo la Enfermedad de Parkinson, son frecuentes, pudiendo alcanzar prevalencias de hasta el 100% según algunos estudios (1). Para estos síntomas, los antipsicóticos pueden ser clínicamente efectivos pero, entre otras cosas por las razones mencionadas en el párrafo anterior, no cuentan con la aprobación de la FDA para su uso en estos cuadros. Por lo tanto, sería un golazo que apareciera alguna droga que sirva para el tratamiento de los síntomas psicóticos en pacientes con demencia sin los riesgos asociados.

En una época en que la modesta gran aspiración de un fármaco nuevo sea la de tener una mejor tolerancia que la de sus predecesores (dado que marcar una mejoría clínica rutilante parece un desafío que sólo está a la altura de la ketamina), que se apruebe un nuevo fármaco sabiendo que tiene un perfil de efectos secundarios comprables a los existentes, incluyendo, dicho sea de paso, el aumento en el riesgo de muerte, es, al menos, vergonzoso.

El 29 de abril del 2016, la pimavanserina fue aprobada por la FDA. Se trata de una nueva entidad química (NME, new-chemical entity) pensada para el tratamiento de los delirios, alucinaciones y la conducta agitada en pacientes con Enfermedad de Parkinson. Su mecanismo de acción implica un agonismo inverso selectivo serotoninérgico que actúa primordialmente sobre el receptor 5-HT<sub>2A</sub> y que no produciría empeoramiento de los síntomas motores.

Unos meses antes, el 3 de febrero de 2016, Paul J. Andreason (MD) enviaba a la FDA su revisión médica sobre la información brindada por la empresa patrocinante del producto cuando buscaba que la FDA lo aprobara. De una manera muy elocuente concluía que “el incremento en el riesgo de mortalidad y de efectos secundarios serios asociados al uso de la pimavanserina, junto con la larga historia de la FDA de no aprobar fármacos con este riesgo para este tipo de indicaciones, me conducen a recomendar que la pimavanserina no

sea aprobada para el tratamiento de la psicosis asociada a la Enfermedad de Parkinson”. ([http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/nda/2016/207318Orig1s000MedR.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2016/207318Orig1s000MedR.pdf)).

Podemos resumir algunas de sus conclusiones. En principio, el revisor cuestiona la medición de la efectividad. Plantea que la variable clínica que se usó para establecer la eficacia de la pimavanserina fue una escala de 9 ítems, la Schedule for the Assessment of Positive Symptoms - Parkinson's Disease (SAPS-PD) Scale. En ésta se refleja una diferencia promedio de mejoría en relación con el placebo a las 6 semanas de tratamiento de 3,06 puntos ( $p=0.001$ ), lo que representa una mejoría de los síntomas psicóticos del 23,1% en comparación con el placebo. “Aunque este valor sea estadísticamente significativo, es la primera vez que se usa esta escala en ensayos enviados a la FDA, por lo tanto, la diferencia clínica no es fácilmente interpretable”, dice Andreason. Por lo general, la magnitud del efecto clínico suele ser medida mediante la Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression scale). El laboratorio patrocinante empleó esta escala en sólo uno de los estudios remitidos, el ACP 103-020 [ya volveremos sobre este estudio]. El análisis estadístico del ACP 103-020 mostró una diferencia estadística significativa en favor de la droga comparada contra placebo y medido con la CGI, con un intervalo de confianza para la magnitud del efecto clínico entre 0,58 y 0,67 y una mejora del 23.1%. Este porcentaje cae dentro del rango de “mínima mejora clínica”.

Pero la historia que Andreason reseña sobre este estudio, el ACP-103-020, es interesante. En abril del 2014, tiene lugar una reunión entre la FDA y la empresa patrocinante, en la que se llega a un acuerdo. La FDA propuso que la pimavanserina obtendría el rótulo de NDA (New Drug Application, algo así como el visto bueno para que arranque su camino hacia la aprobación) si la empresa presentaba un único estudio con resultados sólidamente positivos sobre la seguridad y la eficacia del fármaco. Esto, según comenta Andreason, es algo irregular ya que la FDA requiere evidencia proveniente de

más de un estudio con resultados positivos, bien designados y adecuadamente controlados para que una droga sea aprobada. Sin embargo, en este caso, hubo un acuerdo entre la FDA y el laboratorio, previamente a que se enviara el pedido de la NDA, respecto de que se consentía que con un solo estudio sería suficiente. A su vez, de acuerdo a las Guías ICH (The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, una institución que vincula a las autoridades regulatorias y a la industria farmacéutica para discutir aspectos técnicos y científicos para el proceso del registro de drogas y que ofrece criterios de calidad en este sentido), cuyos lineamientos sigue la FDA, se requiere que se exponga la nueva droga a, al menos, 1500 pacientes para establecer la seguridad de una nueva entidad química. La FDA aceptó el pedido de NDA con 1096 pacientes expuestos.

Para completarla, la FDA rotuló como Breakthrough Designation a la postulación de la pimavanserina para el tratamiento de los síntomas psicóticos de la Enfermedad de Parkinson, lo cual implica que la droga ofrecería una ventaja sustancial sobre otras existentes o que se emplearía para el tratamiento de cuadros graves o mortales. Esto supone, por parte de la FDA, el compromiso de acelerar los trámites burocráticos para lograr su aprobación. O sea, la FDA, como mínimo, habría simplificado bastante el camino de la pimavanserina.

Volviendo a la reseña sobre los datos sobre eficacia, éste plantea que la diferencia estadísticamente significativa en relación con el placebo en el único de los cuatro estudios que dio positivo para la droga con una escala globalmente aceptada, sólo refleja un beneficio clínico mínimo (del 23,1%). Y dice: “Esto no sería, de por sí, un impedimento para su aprobación si no fuera por su perfil inaceptable de efectos secundarios”.

Respecto del capítulo de tolerancia y abandono, refiere que el fármaco tiene un incremento de aproximadamente el doble de abandono del tratamiento debido a mala tolerancia: 7,9% en el grupo de pimavanserin vs. 4,3% en placebo. Irónicamente, los efectos adversos psiquiátricos fueron los más

frecuentes y, doblemente irónico, el más frecuente de todos fue las alucinaciones (!!!), seguido por confusión y agitación. Eso sí, no empeoraron los síntomas motores.

Pero el punto más tremendo, según Andreason, y según cualquiera que lo lee, es el de los efectos adversos graves. En general y en el contexto de las muertes ocurridas durante el tratamiento, una mayor proporción ocurrió en los sujetos tratados con pimavanserina (48/901, 5,3%) comparados con aquellos que recibieron placebo (1/210, 0.5%). Al largo plazo, los pacientes que murieron fueron 51/459 (11,1%).

Andreason enumera tres factores que crearían un riesgo inmanejable si la droga se llegara a aprobar: 1) el incremento del riesgo de efectos adversos relacionados con la droga que parecen ser consistentes con el curso natural de la patología, 2) la falta de signos premonitorios que puedan disminuir este riesgo, 3) la tendencia a ver estos efectos como no relacionados con la droga. Esta combinación haría que el tratamiento farmacológico produzca un incremento en la mortalidad y una seria morbilidad que no podrá ser prevenido y, al mismo tiempo, provee una falsa sensación de seguridad. Si es aprobada, no habrá forma de disminuir este riesgo y el sistema de vigilancia de efectos adversos una vez que esté comercializada, no parece ser una herramienta que permitirá dilucidar constructivamente el perfil de seguridad de la pimavanserina.

Este riesgo desproporcionado de un incremento en la mortalidad y en la morbilidad sin un mecanismo fisiopatológico conocido se estableció para las otras clases de antipsicóticos. Este hallazgo es consistente con lo que se vio con el uso de medicación antipsicóticas en la población de pacientes con síntomas psicóticos no esquizofrénicos. Por lo tanto, para qué aprobar una droga que no aporta ningún beneficio en ese tema tan sensible.



Dice: “Finalmente, mi opinión es que la mejor opción para que la pimavanserina alcance la aprobación de la FDA es encontrar aquella indicación para la cual sería tanto efectiva como segura (esquizofrenia, trastorno bipolar, autismo). Luego de que la pimavanserina alcance tal aprobación por parte de la FDA, estará disponible para usarse para el tratamiento de la psicosis en la Enfermedad de Parkinson si los pacientes y los clínicos están preparados para aceptar el riesgo observado”. Una vez que esté aprobada para otra indicación, entonces podría ser utilizado como otros de los efectivos aunque no aprobados tratamientos para estos síntomas en los pacientes con Parkinson (concretamente, clozapina o quetiapina) hasta que nuevas drogas seguras y efectivas para la psicosis en la Enfermedad de Parkinson. Aprobar una droga para una indicación conociendo sus efectos adversos implicaría que la FDA modifique sus estándares de seguridad en beneficio del sponsor, plantea Andreason.

Y sentencia: “Irónicamente, predigo que la sentencia de que no hay tratamiento disponible será usada en la próxima reunión del comité asesor el 29/03/16 como un argumento para la inmediata aprobación de la pimavanserina para el tratamiento de los síntomas psicóticos en la Enfermedad de Parkinson incluso a la vista de estos riesgos.”

El 29 de Abril del 2016 (<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search Drug-Details>) la FDA aprobó el uso de la pimavanserina para el tratamiento de los síntomas psicóticos en la Enfermedad de Parkinson. El comité de la FDA votó 12 a 2 respecto que la empresa patrocinante de la droga proveyó suficiente evidencia de eficacia; 11 a 3 que la seguridad fue suficientemente caracterizada y 12 a 2 que los beneficios de la droga superó sus riesgos.

(1) Steinberg M et al. Cache County Investigators. Point and Five-year Period Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia: The Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23:170–177).

## 8. La Sopa Inteligente

La Medicina Tradicional China, milenaria como todo lo que suele ocurrir en ese vasto territorio, tiene una historia de más de 3000 años pero “la evidencia científica continuamente boicotea la posibilidad de respaldarla sabiduría médica tradicional”, sentencian los autores (1). Se puede pensar que, al menos uno de los problemas es que son dos paradigmas diferentes sobre el enfermar. Por ejemplo, ¿cómo concibe los deterioros cognitivos la Medicina Tradicional China? Se darían por la confluencia de tres factores: 1) deficiencia de energía (deficiencia del Qi), sustancia esencial, especie de energía que fluye por el cuerpo y lo vitaliza, 2) alteraciones circulatorias, más que nada “enlentecimiento circulatorio, retención sanguínea, como causa de hipoperfusión cerebral”, y 3) incremento de las toxinas por un desbalance entre las bacterias buenas y las malas debido a una falta de eliminación de éstas, a eventuales trastornos digestivos del adulto mayor.

Posiblemente, esta explicación no sea la más afín al imaginario neurocientífico. Y tampoco lo son los mecanismos de acción atribuibles a las sustancias empleadas para el tratamiento de estos cuadros. En efecto, con explicaciones inespecíficas alegan que los productos naturales de la medicina tradicional tienen eficacia, *in vivo* e *in vitro*, en lo que respecta a una mejoría en la memoria (otro término que, se diría, parece poco científico), mediante acciones múltiples: colinérgicas, estrogénicas, antioxidantes, antiinflamatorias, antiapoptóticas, neurogenéticas y anti ABeta (una enumeración que tampoco parece muy rigurosa). A su vez, los autores hablan sobre 11 principios activos que serían los involucrados en estos efectos (los transcribo sin traducir porque no sabría bien cuál es el nombre en español): sinapic acid, tenuifolin, isoliquiritigenin, liquiritigenin, glabridin, ferulic acid, Z-ligustilide, N-methyl-beta-carboline-3-carboxamide, coniferyl ferulate y 11-angeloylsenkyunolide F, y catalpol.

En el trabajo que venimos reseñando hasta ahora (1), los

autores agarraron 27 libros sobre Medicina Tradicional China, rankearon las hierbas más mencionadas entre las 236 fórmulas prescritas para mejorar la función cognitiva y extrajeron 139 hierbas de las cuales, a su vez, 10 fueron las que más se mencionaron (más de 50 veces) y de éstas destacan 5. Como se podrá apreciar a continuación, las indicaciones y fundamentos de su uso suenan, por lo pronto, curiosas o arcaicas: (i) *Poria cocos* (diurético con capacidad para vigorizar las funciones del bazo y calmar la mente, que clínicamente se puede emplear en los casos que la declinación cognitiva sea debido a deficiencia del bazo y del bloqueo de la flema); (ii) *Radix polygalae* (capaz de estabilizar la mente y eliminar la flema, está indicada para los olvidos y el insomnio); (iii) *Radix glycyrrhizae* (tónico del qi que vigoriza el estómago y el bazo, elimina la flema y elimina toxinas y calor); (iv) *Radix Angelica sinensis* (tónico sanguíneo y agente antitrombótico, especialmente utilizado para la demencia vascular); (v) *Radix rehmanniae* (tónico usado para reforzar la esencia renal y de la médula).

¿Y si todo esto verdaderamente funcionara? ¿Y si más allá de la teorización a la que se apele, estas sustancias funcionarían realmente para el tratamiento de los problemas cognitivos? Para poder aprehenderlo como tal, como “algo que funciona”, en el mundo actual es necesario que se opere el movimiento de trasladar ese conocimiento milenario, de 3000 años de estadística de empiria natural, al campo de lo comprobable según los parámetros de la ciencia moderna actual.

Pasemos entonces a la segunda fase.

Todas estas hierbas podrían ser utilizadas de manera aislada o, mejor, conjunta, en ciertos preparados, como la llamada Sopa Inteligente (Smart Soup). Los componentes de esta última son el *Rhizoma Acori Tatarinowii*, el *Poria* (ya mencionado) y el *Radix Polygalae*. Sobre esta Sopa Inteligente, se publicó una investigación en PLoS One hace un par de años (2). Los resultados son inquietantes ya que mostraron que no sólo disminuirían los síntomas propios de esos cuadros neurodegenerativos, en este caso la demencia tipo Alzheimer, sino que

modificaría la fisiopatología del cuadro, o sea, podría revertir la evolución.

En realidad, los investigadores anuncian que están investigando la Sopa Inteligente pero, en verdad, no usaron las hierbas naturales en cocción, sino un preparado de gránulos, recientemente aprobado por la Chinese FDA. Podríamos pensar suspicazmente que el aparato comercial está preparando la mesa para absorber lo natural (lo mismo que sucede con el ácido graso omega 3 o el chia).

Lo que el estudio habría demostrado es que la Sopa Inteligente produce una disminución del déficit cognitivo en ratones transgénicos para Enfermedad de Alzheimer, con reducción de los niveles de beta amiloide, retardo en la amiloidosis y en la gliosis inducida por el beta amiloide y disminución de la pérdida neuronal en los cerebros de ratones con Enfermedad de Alzheimer. Además, el estudio trabajó también con moscas, y en éstas produjo una reducción de las disfunciones motoras relacionadas con el amiloide y de muerte prematura en las *Drosophila* transgénicas. Reducción de los niveles de ABeta, retardo de la amiloidosis, retardo de la pérdida neuronal y de la disminución de los astrocitos y la microglia. Dicho así, hacen más que todos los medicamentos con que se cuentan para el tratamiento de las demencias.

Los investigadores notaron también que las hierbas de la Sopa Inteligente tendrían efectos complementarios. Por ejemplo, el *Rhizoma Acori Tatarinowii* y la *Poria* protegen contra la toxicidad inducida por el beta Amiloide mientras que la *Radix Polygalae* mostró que reducía la generación de AB.

La mayoría de las fichas están puestas sobre este último producto, la *Radix Polygalae*. De hecho, hace unos meses, también en el PLoS One, se publica otro trabajo que sólo analiza a la *Radix Polygalae*, desmenuzándolo en sus íntimos componentes a los fines de determinar cuál es el ingrediente activo involucrado en sus efectos (3). Aquí nos informan que el objetivo de la investigación fue dilucidar cómo se produce la reducción de la actividad del beta-amiloide para identificar

los constituyentes activos de esta hierba. Bien, el constituyente en cuestión parece ser el Onjisaponin B, el cual suprime la producción del AB al promover la degradación de la proteína precursora de amiloide sin producir una inhibición directa de la enzima Beta-secretasa 1 ni de la  $\gamma$ -secretasa.

Para terminar, si uno pone en pubmed el término Radix Polygalae (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=radix+polygalae>) se da de lleno con un creciente número de investigaciones, la mayoría de ellas de la última década, y todas del lejano oriente. Las aplicaciones, además de la Enfermedad de Alzheimer incluyen: Enfermedad de Parkinson, Déficit de Atención, Insomnio y Depresión. Según este último, el extracto de la Radix Polygalae tendría efectos modulatorios a nivel glutamatérgico. Efectos glutamatérgicos + velocidad de acción rápida= ketamina.

1) Lin Z et al. Traditional chinese medicine for senile dementia. Evid Based Complement Alternat Med. 2012; 2012:692621.

2) Hou Y et al. Smart Soup, a traditional Chinese medicine formula, ameliorates amyloid pathology and related cognitive deficits. PLoS One, 2014 Nov 11; 9(11):e111215.

3) Li X et al. Traditional Chinese Nootropic Medicine Radix Polygalae and Its Active Constituent Onjisaponin B Reduce  $\beta$ -Amyloid Production and Improve Cognitive Impairments. PLoS One, 2016 Mar 8; 11(3): e0151147.

## **9. HELP: mejor que el haloperidol para el Síndrome Confusional**

Los autores del estudio, pertenecientes a la Sociedad (Norte) Americana de Geriátrica, arrancan manifestando que el Síndrome Confusional es “un área esencial del cuidado de los adultos mayores que está poco entendida” (1). El poco entendimiento proviene de los resultados de las respuestas obtenidas en una encuesta realizada en el seno de la asociación. Y, sinceramente, ese poco entendimiento es sintomático, por decirlo de algún modo. Se trata de una opinión típica de los médicos no especialistas en psiquiatría, opinión refractaria a una argumentación racional, biológica y recurrente que reza en su letanía que “el-síndrome-confusional-es-un-cuadro-clínico-con-manifestaciones-neuropsiquiátricas-que-requiere-que-antes-que-nada-se-estudie-y-corrija-la-causa-clínica-que-lo-está-produciendo” y que “sí, una simple deshidratación podría estar produciéndolo”. Por más que uno haya procurado infinitas veces de transmitir el concepto del síndrome confusional de la manera más “médica” posible, es como si la mirada del médico de la sala o de terapia nos convirtiera en vidrio y nos traspasara, mientras intentamos explicar, educar al respecto.

En este caso, los investigadores se plantean si la medicación antipsicótica en el periodo peri-operatorio puede prevenir o tratar el síndrome confusional en adultos mayores y se basan en dos preguntas guías: ¿La administración de un antipsicótico de forma preventiva reduce la incidencia del síndrome confusional post-quirúrgico en adultos mayores? y ¿El tratamiento con antipsicóticos del síndrome confusional en pacientes adultos hospitalizados mejora su evolución y resultados posteriores (duración y severidad del síndrome confusional, tiempos de estadía de la internación, institucionalización al alta y tasa de efectos adversos y mortalidad)?

Metodológicamente consiste en una búsqueda de cuyo filtrado quedan 19 estudios, 7 en los que el antipsicótico se empleó de forma preventiva (de éstos, 2 fueron con risperidona, 1 con olanzapina y 4 con haloperidol, comparados contra placebo, en rangos de dosis de entre 1 -7,5mg de haloperidol) y 12 estudios en los que se empleó el antipsicótico para tratamiento de un síndrome confusional ya instalado (de los cuales 10 eran estudios randomizados y controlados).

Las respuestas a las preguntas que se plantearon son las siguientes:

Prevención del S. Confusional: no hubo asociación estadística entre la administración de antipsicóticos y la aparición del S. Confusional. O sea: no lo previno.

Duración del Síndrome Confusional: no hubo asociación estadística entre la administración de antipsicóticos y la duración del S. Confusional. O sea: no acortó la duración del cuadro.

Severidad del S. Confusional: no hubo asociación estadística entre la administración de antipsicóticos y la aparición de S. Confusional.

Duración de la Estadía Hospitalaria: no hubo asociación estadística entre la administración de antipsicóticos y la duración de la estadía hospitalaria. O sea: no adelantó los tiempos del alta.

Aumento de la mortalidad: no hubo asociación estadística entre la administración de antipsicóticos y la mortalidad en los pacientes hasta 30 días post-alta. Una buena.

Institucionalización y efectos adversos: no se pudo analizar debido a lo heterogéneo de los estudios.

Por lo tanto, el estudio parece decirnos que la evidencia actual no apoya el uso de antipsicóticos para prevenir o tratar el síndrome confusional (!!!). Más estudios hacen falta, bla, bla, bla. Este bla bla de que hacen falta ensayos clínicos bien diseñados, randomizados, doble ciego y contra placebo, se venía diciendo sobre este tema (y sobre cualquiera dentro de la

psiquiatría, si vamos al caso) en una de las revisiones más citadas sobre esta temática, publicada hace unos 8 años (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0026152/s>).

Este estudio desmotiva. Desmotiva tanto como de quitar la motivación, de desmoralizar, como de quitar motivo, fundamento para algo, en este caso, para intervenir farmacológicamente en esta situación clínica. De ser así, si uno no se queda con esa humilde relativización de los resultados de un estudio por parte de los mismos autores, me refiero a los conceptos que se suelen incluir en la sección “Limitaciones” de los artículos científicos, que más que honestidad científica suelen parecer tibias disculpas por algo que no hicieron (como si no se hicieran cargo de lo que su propio estudio reveló o como si se dieran cuenta tarde que se les pasó por alto algún asunto metodológico vital, con lo cual nos preguntamos por qué no lo pensaron antes, si de golpe es tan significativo)... decía que, de ser así, si uno confía en lo que los autores promocionan como la revisión y meta-análisis más completos de las existentes hasta el momento en este tema, uno de los más consistentes caballitos de batalla de la interconsulta, el del Síndrome Confusional, se nos estaría debilitando severamente.

¿Qué nos queda?, ¿qué ofreceríamos si no conviene medicar? Recomendaciones medio-ambientales, contextuales, de manejo del personal y familiar, medidas multifactoriales, tal como el que propone una de las autoras del trabajo, Sharon Inouye, quien es posiblemente una de las autoras más importantes en esta temática, en su proyecto HELP (<http://www.hospitalelderlifeprogram.org/about/>). Si le pegan una leída, todo lo que allí se propone está más que bien y mucho mejor si sus resultados son comparables o mejores que el tratamiento farmacológico (2). Sería interesante probar qué respondería un médico de la UTI o el cirujano de traumatología si se le plantea que para que el paciente esté mejor necesita estar en un ambiente con poca estimulación sensorial, dándole conti-



nuamente pautas de orientación témporo-espacial, que sería bueno que disponga de objetos familiares en su mesita, que le vayan tomando un mini-mental periódicamente, etc.

1) Neufeld K et al Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized. Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(4):705-714.

2) Strijbos MJ et al. Design and methods of the Hospital Elder Life Program (HELP), a multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: efficacy and cost-effectiveness in Dutch health care. BMC Geriatr. 2013 Jul 23; 13:78.

## 10. Psiquiatría Digital



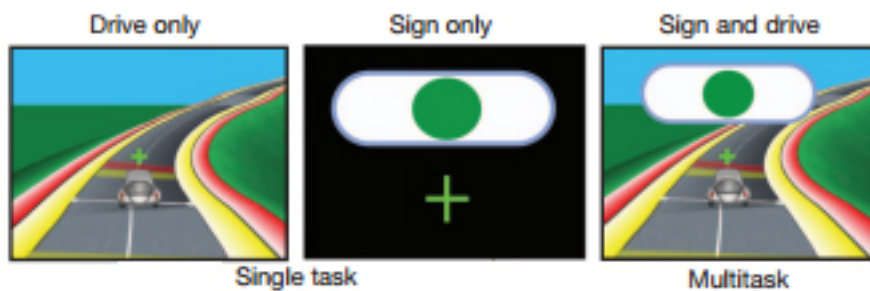
Proveniente de ese fenómeno norteamericano llamado Grateful Dead, incomprensible fuente de masivo deleite socio-musical, Mickey Hart, su baterista, se dejó seducir por la neurotecnología y desde hace un tiempo viene ofreciendo un espectáculo singular. La mejor manera de conocerlo es viendo algún video <https://www.youtube.com/watch?v=zZFUhux-j9ts>, pero si tuviéramos que describirlo, diríamos que Hart se coloca una gorra con electrodos electroencefalográficos que registran su actividad neuronal y, mediante una recreación 3D, se proyecta (su actividad neuronal) en una pantalla de

video, de modo que el público asistente pueda deleitarse con la representación visual de su funcionamiento mental. El resultado es un delineado del contorno de su cerebro sobre el que se dibujan líneas, ondas, figuras, manchas de colores que lo recorren, que lo pintan y despintan, que lo iluminan y lo apagan, como si fuera un caleidoscopio encefálico. Todo este dinamismo multicolor representa la actividad de su cerebro en tiempo real mientras ejecuta su batería o algún otro tipo de instrumento. A esto se llama Glass Brain (<http://neuroscape-lab.com/projects/glass-brain/>) y permite, en este caso, “visualizar” cómo funciona el cerebro de este músico.

Vinculado a Hart por un lazo de amistad se halla Adam Gazzaley, un neurocientífico californiano, director del UCSF Neuroscience Imaging Center, que en su Curriculum Vitae, al mismo nivel que su trayectoria académica, consigna que creció jugando al Atari. Gazzaley junto con un grupo de investigadores, publicaron en el 2013 un trabajo en Nature (1) sobre un video juego creado por ellos y llamado NeuroRacer (David Cronenberg debe estar envidiando ese título). Bueno, en realidad el artículo no es sobre el video-juego sino sobre su potencial aplicación para mejorar la función cognitiva en adultos mayores, aunque también podría servir para otros propósitos (ej.: diagnóstico). Gazzaley es un señor de grandes conocidos. Para crear el videojuego se juntó con “sus amigos” (así los llama él, quizás en la costa oeste todos se consideran amigos) de LucasArts quienes “le entendieron la idea” y lo ayudaron a desarrollarlo.

Su hipótesis era que si se expone a los jugadores (léase: viejos) a un video juego que exija el uso de las llamadas habilidades multitarea (algo así como hacer dos cosas al mismo tiempo) se verían mejoras en otras habilidades cognitivas no directamente estimuladas por el juego. Así nació el NeuroRacer, un juego tri-dimensional en el cual el jugador maneja un auto en una ruta de montaña y sinuosa con su dedo gordo izquierdo mientras que tiene que prestar atención a señales que van apareciendo aleatoriamente. Si las señales son de una

forma y color en particular, los jugadores tienen que voltearlas usando algún dedo de su mano derecha. Divertidísimo. La multitarea, el ingrediente específico al que se le atribuye el remarkable impacto del juego, es eso de tener que manejar con una mano mientras que la otra baja carteles; precisamente, si se programa el juego para sólo manejen o sólo bajen las señales, el efecto sobre las mejoras cognitivas no se producirían. Es decir que esta mejora cognitiva sólo se da la variable del juego que exige la multitarea, lo que destaca como el ingrediente activo, marcando una diferencia con recursos más modestos, habitualmente indicados para los pacientes mayores, como las palabras cruzadas o el sudoku. Estos últimos, aparentemente, hacen que quienes se afanan por hacerlos sólo lograrían perfeccionar su rendimiento como jugadores de crucigramas o de sudoku y no mucho más.



Según los autores, los jugadores, adultos mayores, que se la pasaron jugando a este juego, mejoraron al punto de desempeñarse al mismo nivel que un chico de 20 años, un logro de cuestionable valía, pero, además, notaron que ciertas habilidades cognitivas también mejoraban, tales como la vigilancia, la

memoria de rostros.

En el camino, el Neuroracer fue comprado, o más bien derivado a otra empresa, co-fundada por Gazzaley, la Akili Interactive Labs Inc. (<http://www.akiliinteractive.com/>), empresa que extrajo el “ingrediente activo”, la esencia, la función multitarea para desarrollar un producto llamado EVO. El Proyecto EVO ya fue evaluado en un estudio piloto (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01943539?term=akili&rank=2>) y ahora está reclutando pacientes con ADD para lograr que se apruebe su uso como tratamiento para dicho diagnóstico. El Proyecto EVO es un paquete (no es un eufemismo), un software que ofrece tres componentes:

- 1) Mediciones cognitivas más sensitivas y divertidas
- 2) Mediciones cognitivas de forma continua para valorar qué impacto van teniendo las intervenciones.
- 3) Mejora de los síntomas cognitivos y del funcionamiento neuronal, lo que ellos llaman entrenador multitarea cognitiva, que sería el juego que los pacientes se llevan a sus casas.

Otros productos de Akili son el “Body Brain Trainer”, que integra desafíos físicos con cognitivos, que se sustenta en la idea que “si se emplea todo el cuerpo mientras se responde a un desafío cognitivo se tendrá mejores resultados que si sólo se usan los globos oculares y los dedos”, “habrá un efecto sinérgico entre lo físico y lo cognitivo”. O el “Rhythmicity,” que estuvo “inspirado” en la colaboración con Mickey Hart, el de Grateful Dead, y con, agárrense, Rob Garza, de Thievery Corporation (bueno, de éstos alguna tuve algún disco). ¿Cuál es la hipótesis en este caso? Que si se estimula rítmicamente a alguien con el tiempo se volverá más rítmico y, a la larga, la persona mejora su timing y su capacidad de anticipación. Palabra de Gazzaley.

No se trata de la única empresa que trabaja en este tópico (<http://www.scientificamerican.com/article/2-companies-look-for-fda-approval-for-brain-games-to-treat-adhd2/>). Po-

BrainHQ es una de sus competidoras, de la que se puede tener una aproximación haciendo link acá: <https://es.brainhq.com/>. Posit Brain también pelea por lograr la aprobación de la FDA para alguno de sus productos para el tratamiento del ADD, uno de los cuales, el ONTRAC (Online Neuroplasticity Targeted Remediation of Attention deficits in Children) cuenta con algunas publicaciones (2, 3) y con apoyo económico del Instituto Nacional de Salud de los EEUU... pero parece que los primeros resultados con relación al ONTRAC son que tuvo muchos abandonos: más de la mitad de los participantes “abandonaron” el estudio. El ONTRAC no es un video juego sino módulos de ejercicios cognitivos, lo cual es bastante evidente que resulte menos atrapante para un chico con Déficit de Atención. Y acá saltan al cuello los del EVO Project, quienes en el Congreso de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry del año pasado, presentaron su producto jactándose de no haber tenido ningún abandono de su juego en los niños con ADD.

No me voy a poner a analizar críticamente los resultados de estos estudios. En verdad los envío a que lean a Daniel Simons en <http://blog.dansimons.com/2014/11/hi-bar-more-benefits-of-lumosity.html>, que se encarga, con un detenimiento (¿encono?) inusitado a refutar cada una de las promesas asociadas a estos avances. Me interesa transcribir uno de sus 19 puntos: “El trabajo [aquí se refiere a (1)] implica que el entrenamiento en este juego permite a los adultos desempeñarse en multitareas tan bien como una persona de 20 años. Lo que realmente muestra es que después de haberse entrenado en el juego, los adultos mayores se desempeñan igual que un chico de 20 años que juega a este juego por primera vez. No demuestra que el entrenamiento permite que los adultos mayores puedan desempeñarse en las multitareas igual que los jóvenes en cualquier otro contexto.” Pero me quedo con ganas de más, porque todo lo que escribe es muy bueno, incluyendo críticas metodológicas y la denuncia sobre la omisión de los

autores de reconocer publicaciones tan antiguas como de la década de 1980 con temáticas semejantes y hasta con un video-juego, el Space Fortress, que cumplía, supuestamente, con las mismas premisas.

1. Anguera JA, et al. Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature*. 2013 September 5; 501(7465): 97–101.

2. Mishra J et al. Accessible online neuroplasticity-targeted training for children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7: 38.

3. Mishra J et al. Training sensory signal-to-noise resolution in children with ADHD in a global mental health setting. *Translational Psychiatry* (2016) 6, e781; doi:10.1038/tp.2016.45.



---

# SALUD MENTAL EVERYWHERE

---

Pasan los años y cada vez que aparece un video juego o algun tipo de conducta social que tiene éxito entre los jóvenes, un colega sale por los medios con el tridente, la antorcha y ganas de quemar brujas. Desde este espacio rechazamos este tipo de exposiciones que hablan más de la personas que de la disciplina. Así también exigimos que los consultorios sean convertidos en pokeparadas.

## Psiquiatra asegura juego Pokemon Go incentiva criminalidad en el país



Autor: Leyton Mejía 16/7/2016 06:52:43 pm Imprimir

Santo Domingo, RD.- El Psiquiatra Secundino Palacios llamó a los padres a orientar a sus hijos con el famoso juego de Pokemon Go, ya que a su entender es un caldo de cultivo para la criminalidad, mientras que algunos usuarios de este juego, lo consideran un peligro para los jóvenes y niños.

En medio de la locura generada por el juego Pokemon Go, el psiquiatra Secundino Palacios, advirtió a los padres que este juego le hace creer a los niños que matar es un juego.

# Diez cosas a tener en cuenta para hacer una buena interconsulta

---

Marcos Zurita

---

## **1 No pensar que lo que dice el pedido de interconsulta es la realidad.**

Si bien Aristóteles y Perón decían que “La única verdad es la realidad”, no deberíamos confiarnos en que ese pedido de interconsulta por un paciente “depresivo” nos está diciendo que lo que encontraremos en la sala de internación sea un paciente deprimido. Varios trabajos realizados en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires dieron cuenta de que muchos de los diagnósticos de los pedidos de interconsulta no coinciden con el diagnóstico del equipo interconsultor.

## **2 No alinearse con el médico tratante detrás de un pedido de un “paciente que se niega a recibir tratamiento”.**

Detrás de ese tipo de pedidos se suele poner en juego el ideal del médico y un amplio abanico de posibilidades de parte del paciente. Un paciente podría no querer recibir un tratamiento debido a un malentendido (el médico dijo A y el paciente entendió B; siendo A: “vamos a hacer esto, que a veces funciona y a veces no, pero es lo único que podemos hacer en este contexto” y B: “me voy a morir”). Pero además de esto,



podría haber un conflicto de creencias, miedos debido a experiencias previas, alguien que ejerce su autonomía a negarse a recibir lo que supone un encarnizamiento terapéutico y hasta un trauma. Convencer no es una intervención.

### **3 No quedarse con la idea de un paciente refractario**

Si bien hay pacientes refractarios, muchas veces debajo de la alfombra de la refractariedad hay un diagnóstico escondido. Si un paciente no responde a los tratamientos habituales, siempre hay que darse un tiempo para pensar en qué se podría estar pasando por alto. Interconsultar la interconsulta todas las veces que sea necesario suele servir para destrabar algunas situaciones.

### **4 No prestarse a ser el brazo armado de la medicina**

En situaciones de excitación psicomotriz, suele llamarse al equipo de salud mental para que, con una mano con haloperidol y otra con lorazepam, vuelva a llevar la calma al servicio. Más allá de la intervención en la urgencia, siempre tomarse un tiempo para pensar la situación. El paciente no está solo. La “excitación psicomotriz” puede ser una intoxicación, una manía o simplemente alguien reaccionando a una provocación.

### **5 Interactuar con el resto de la medicina como Alí: bailar como una mariposa, picar como una abeja.**

La psiquiatría suele ser la cenicienta de la medicina pero eso no significa estar condenados a una práctica entre zapallos carrozas y hermanastras malas. El arte de las intervenciones sutiles debiera ser el camino a tomar cuando la situación presenta un conflicto institucional o del personal médico. Sutilidad no significa debilidad. Pedir una interconsulta es convocar a otro saber y eso hay que remarcarlo. A veces ocurre que se llama a una interconsulta “sólo para hacer algo” y no hay mu-

cha recepción de la devolución. Ese espacio para la interacción va a tener que ser construido por el equipo interconsultor. Lo bueno es que cuando se logra, todo fluye mucho más amablemente.

## **6 No quedarse con la idea del “caso social”**

Nombrar alivia. No es lo mismo decir “causa desconocida” que “idiopática”. Muchos casos complejos quedan atorados al ser nombrados como “caso social”, una especie de dualismo en donde lo social es irresoluto ¿Qué caso no es social? ¿Cómo intervenir en “lo social”? ¿Cómo pensar las intervenciones ahí?

## **7 Pensar en el contexto de la internación**

¿Quién podría dormir en un contexto de una internación, rodeado de incertidumbre sobre el problema médico que se padece y el ambiente extraño de la sala de internación? ¿Quién podría evitar sentirse triste, incluso angustiado, por la situación? ¿Cómo tratar aquellos insomnios? ¿Cómo tratar estas “depresiones”?

## **8 Conocer los cuadros médicos**

No hace falta preparar otra vez el final de Medicina Interna, pero sí evocar aquellos cuadros olvidados detrás de la psicopatología.

## **9 Detectar el punto entre la autonomía y el encarnizamiento terapéutico en cada situación.**

Esto es un tema que cada vez será más importante en la interconsulta. El avance tecnológico junto al retroceso en las relaciones humanas (retroceso que fue avanzando por la mala

relación médico paciente: de la situación de paternalismo a la de suspicacia). El esfuerzo es poder reconectar con lo humano y pensar si lo que uno brinda como médico es “durabilidad” o “calidad”.

### **10 Regular la información según el caso**

No llenar de información al paciente si no la pide. Hay pacientes que necesitan saber todos los detalles de las intervenciones a las que serán sometidos, pero otros, prefieren no saber. Conviene saber en los primeros momentos de estas interconsultas, ante qué tipo de paciente estamos.

# Magiclick

---

Javier Fabrissin

---

Desde el momento que los científicos salen a advertir sobre algún problema, se puede afirmar que habitualmente: 1) llegan tarde, 2) generan publicidad y 3) incrementan el deseo. Es decir, ya el problema está instalado, aquellos que no lo conocían pasan a conocerlo y, si alguno dudaba, posiblemente tenga más ganas de probarlo que de abstenerse.

Al afirmar eso, estamos hablando del editorial que salió en el número de julio de la revista oficial de la Asociación de Neurólogos de los EEUU sobre el uso doméstico (el término que usan en el paper es DIY (Do it yourself, Hacerlo vos mismo) al cual vamos a traducir como “uso doméstico”) de la Estimulación Transcraneal por Corriente Directa (ETCD) y cuyo autor principal es un neurólogo llamado Michael Fox.

Primero habría que poner en contexto.

Arrancamos a partir de la Neuromodulación. Según nos informa la página de la Sociedad Internacional de la Neuromodulación (<http://www.neuromodulation.com/about-neuromodulation>), ésta se refiere a la tecnología que actúa directamente sobre los nervios. Es la modificación, o modulación, de la actividad nerviosa mediante la aplicación de electricidad

o de agentes farmacéuticos directamente sobre un área en particular del cerebro, la espina dorsal o algún nervio periférico. Se puede aplicar para el tratamiento de dolores crónicos, trastornos del movimiento, epilepsia, trastornos psiquiátricos (depresión, TOC, adicciones, anorexia/bulimia), para rehabilitación funcional (secuelas de traumatismos craneo-encefálicos, ceguera, problemas auditivos), problemas cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, trastornos genito-urinarios. Una lista que, como decía Gmail, sigue creciendo. Existen varias drogas o dispositivos con los que se puede realizar la neuromodulación, uno de estos es la Estimulación Transcraneal por Corriente Directa.

Dice Wikipedia en español: “La estimulación transcraneal por corriente directa es una tecnología de estimulación cerebral que aplica una cantidad pequeña de corriente eléctrica a un área específica del cerebro a través de electrodos colocados sobre el cráneo. Originalmente se desarrolló como tratamiento para acelerar la recuperación de pacientes con daños cerebrales, por ejemplo daño resultante de un infarto cerebral. Mediante experimentos recientes se ha demostrado que la TDCS se puede usar en personas sin daño cerebral, para incrementar sus capacidades intelectuales y su desempeño en varias actividades, dependiendo del área del cerebro que se estimule. Además, se ha utilizado para mejorar las capacidades de lenguaje, matemáticas, atención, solución de problemas, memoria y coordinación.”

Wow, uno lee eso y dan ganas de salir corriendo a ver dónde lo hacen... siempre y cuando se lea la versión en español, porque la versión en inglés de Wikipedia de la misma entrada es un poco más conservadora (y extensa): “Parece ser efectiva para la depresión, pero no hay suficiente evidencia de que resulte útil para los déficits de memoria en Enfermedad de Parkinson o Alzheimer, para el tratamiento del dolor, para la recuperación de pacientes post-acv o para mejorar la capaci-

dad cognitiva en personas sanas.”

Por si no se entiende del todo, se trata de un aparato, muy elemental, que emite bajos niveles de electricidad, entre 1 y 2 mA, durante unos minutos (10, 20 minutos) a través de unos electrodos que se colocan en el cuero cabelludo de la persona, quien está despierto y, habitualmente, realizando algún tipo de actividad (se supone que de acuerdo a la actividad que esté realizando y la zona cerebral que está siendo activada, la estimulación incide en ella de forma preferencial).

Todo este procedimiento no es nada nuevo. La ciencia a la que estamos acostumbrados lo ve con cierto recelo pero no así el público en general y es tan así que el uso casero de la ETCD se encuentra ampliamente difundido en el mundo entero y, de ahí, la preocupación de los neurólogos para alertar a la población. Hay numerosas páginas que enseñan cómo armar tu propio aparato de Estimulación Cerebral (<http://www.makeuseof.com/tag/build-tdcs-brain-stimulator/>, <http://www.instructables.com/id/Build-a-Human-Enhancement-Device-Basic-tDCS-Suppl/>); hay una página dedicada a promover su uso, reseñar notas, presentaciones o lo que sea que salga vinculado a esto (<http://www.diytdcs.com/>); hay un subgrupo de Reddit con más de 8500 usuarios que discuten qué método les funcionó mejor y para qué, que organizaron una tabla comparativa entre los diferentes aparatos existentes en el mercado, se recomiendan utilidades, etc. (<https://www.reddit.com/r/tDCS/wiki/devices>); hay varias empresas que fabrican y comercializan aparatos para Estimulación Cerebral (dependiendo el modelo, cuestan entre US\$50 y US\$300) y para otras funciones, por ejemplo: ¡para tener sueños vívidos! (<http://world.foc.us/>), con diseños muy Apple; hay un centro dedicado a su uso (<http://www.transcranialbrainstimulation.com/doctor-fugedy>), cuyo director, el Dr. James Fugedy por unos 260 dólares ofrece un paquete que incluye el aparato (que, según las páginas de DIY, se puede armar por unos 10-

20 US\$), la sesión de diagnóstico y entrenamiento y el seguimiento en persona o vía Skype. Y, para resumir mucho mejor todo lo que estamos hablando, hay una nota en la revista New Yorker, del 2015 (<http://www.newyorker.com/magazine/2015/04/06/electrified>) y una del 2014, casi con la misma información, de la Wired (<http://www.wired.com/2014/05/diy-brain-stimulation/>).

En fin, existe toda una comunidad de entusiastas usuarios de la ETCD, quizás más entusiastas que los propios investigadores entusiastas de la ETCD e indudablemente más entusiastas que sus detractores o preventores.

Estos últimos, en el Editorial publicado en el Annals of Neurology, de la Asociación de Neurólogos de los EEUU al que hacemos mención al comienzo (1), escriben “Percibimos una obligación ética de llamar la atención tanto de los profesionales como de los usuarios caseros de la Estimulación Eléctrica”. Y a continuación enumeran varios puntos que les sirven de pie para llamar la atención sobre el uso indiscriminado de la Estimulación:

-La estimulación afecta más sectores del cerebro de los que un usuario puede imaginar. Estos efectos indirectos de la estimulación en vías neuronales interconectadas pueden alterar funciones cerebrales de forma no intencionada.

-La estimulación incide sobre la actividad cerebral que está teniendo lugar en ese momento, por lo tanto, aquello que se esté haciendo mientras se efectúa la estimulación directa modifica los efectos de la estimulación directa (no parece ser que se obtenga el mismo efecto si se está durmiendo, jugando a la play o resolviendo un crucigrama).

-El incremento de ciertas habilidades cognitivas puede darse a expensas del detrimento de otras. (Podría darse el caso

que mejore la memoria semántica y empeore alguna habilidad motriz, por decir algo.)

-Los cambios en la actividad cerebral (buscados o no) pueden tener una duración mayor de lo que se piensa. Por lo tanto, los cambios iniciados durante la estimulación pueden ser de larga duración y autoperpetuados. La aplicación continua de la estimulación puede ser especialmente efectiva para mantener estos beneficios, pero también puede incrementar los riesgos. Nunca se estudió formalmente la estimulación con la misma frecuencia, con la misma dosificación, con que lo hacen los usuarios caseros (estimulación diaria durante meses o más).

-Pequeñas diferencias en los parámetros de la estimulación pueden ocasionar grandes diferencias. Las pequeñas variaciones en la amplitud, la duración de la estimulación, el emplazamiento de los electrodos pueden dar lugar a efectos grandes e inesperados.

-Existen grandes variaciones individuales en la respuesta a la estimulación.

-El cociente riesgo/beneficio es diferente si se lo evalúa para el tratamiento de una persona con patología cerebral que en una persona sin ella.

Casi en simultáneo con la aparición de este Editorial en el *Annals of Neurology*, en otra revista, llamada *Brain Stimulation* (<http://www.journals.elsevier.com/brain-stimulation/>), una publicación de investigación básica, traslacional y clínica sobre Neuromodulación, que cuenta con un Factor de Impacto de 4,793, un conjunto de más de una docena de científicos publican una revisión acerca de la seguridad de la estimulación cerebral (2). Curiosamente, uno de los autores de este artículo, que pretende disipar dudas sobre la seguridad del procedimien-



to, resaltando su inocuidad, es el Dr. Hamilton, firmante del Editorial del *Annals of Neurology*. El artículo es larguísimo, completísimo en su tema, en suma: aburridísimo. Allí, los autores alegan que, teniendo en cuenta la evidencia proveniente de modelos animales, el daño producido por la ETCD ocurre en densidades de corriente de alrededor de 6,3 a 13 Amperes por M2, las cuales son un orden de magnitud por encima de las utilizadas en la ETCD convencional (la que se usa en las investigaciones). Hasta el momento, el uso de la Estimulación según los protocolos convencionales ( $\leq 40$  mins.,  $\leq 4$  miliamperes,  $\leq 7.2$  Culombios) no ha producido ningún efecto adverso serio ni daño irreversible en alrededor de 33.200 sesiones y en unos 1000 sujetos expuestos a sesiones repetidas.

Está bien, parece decir el tridente formado por Horvath, Forte y Carter, no hará daño observable pero tampoco sirve para mucho, si no, vean lo que publicamos. En sendos artículos, estos acérrimos detractores de la ETCD, se encargan de cuestionar firmemente los resultados de eficacia. En uno dejan en claro que de 42 medidas de resultados cognitivos replicados en 59 análisis, una única sesión de ETCD no tiene efecto significativo en ninguno de los trabajos publicados. Parece que no hay ningún tipo efecto comprobable de la ETCD en función ejecutiva, lenguaje, memoria, entre otras medidas. A pesar de lo que digan los satisfechos usuarios, en lo concerniente el efecto casi mágico de la ETCD, según estos autores, una sección única de la ETCD no parece generar efectos cognitivo confiables en la población sana (3).

En el segundo estudio (4), ya no limitado a sesiones únicas, afirman que de las 30 medidas neurofisiológicas informadas por, al menos, dos grupos de investigación diferentes, la ETCD demostró tener efectos probados en una sola medida: la amplitud de los potenciales motores evocados. Curiosamente, la magnitud de este efecto ha ido significativamente decreciendo a lo largo de estos últimos 14 años. O sea, con el

correr de los años, las investigaciones publicadas mostraban un menor impacto del método en este parámetro. Concluyen los autores que la revisión sistemática no apoya la idea que la ETCD tenga efectos neurofisiológicos comprobados más allá de la modulación de los potenciales motores evocados.

Como suele suceder, existen publicaciones que muestran posturas, o conclusiones, intermedias, balanceadas, grisáceas. En un reciente artículo de revisión (5), muy completo e informativo, que releva la información disponible respecto del efecto de la estimulación en cuadros como la Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, Síndrome de Negligencia Unilateral y en Afasias, los autores llegan a la conclusión de que no es posible tomar partido por un lado u otro: hay resultados que avalan su uso y resultados que no terminan de ser concluyentes, especialmente en lo que respecta a cuánto beneficio puede aportar en la vida real (mediciones de laboratorio pueden ser más o menos alentadoras, pero no está claro que en la casa al paciente le vaya bien). Señalan una cosa muy interesante. Más allá de los protocolos que indican la duración de la estimulación, los mAmperes usados, el número de ciclos, la ubicación de los electrodos, existen otros factores que pueden influir en sus resultados. En efecto, además de los parámetros metodológicos, existen otros factores, por ejemplo: la distribución espacial de los campos eléctricos inducidos en la sustancia gris y blanca, la orientación de los campos eléctricos neuronales, entre otros, que influyen en los resultados de la Estimulación y que podrían dar cuenta de una enorme variabilidad en los efectos. Por lo tanto, ni siquiera una aplicación correcta del protocolo, incluyendo el adecuado emplazamiento de los electrodos en el cuero cabelludo, garantiza que se estaría enviando la corriente eléctrica de forma adecuada.

Llegados a este punto, estamos seguros de que si hubiera una pelea física entre las palabras de los neurólogos/investigadores versus los testimonios de los usuarios, las apuestas irían

10 a 1, en favor de estos últimos, claro está. Compárese si no, lo que dicen los usuarios de uno de los productos (vale la pena aclarar, que todos estos productos son de venta libre y no cuentan con una regulación legal), el “Brain Stimulator” (<https://thebrainstimulator.net/customer-reviews/>), nombre que no da lugar a dudas. Se trata de testimonios que “la compañía no solicitó y que vinieron directamente de usuarios reales”:

-Karl F escribió: “Yo tengo la versión portátil del Brain Stimulator desde hace unas dos semanas. Este pequeño aparato es increíble, y no dudaría un segundo en decir que cambió mi vida [...]. Uso el dispositivo al menos una vez al día y los efectos que ha tenido sobre mí son, como mínimo, notables. Fui capaz de abandonar ciertos hábitos de automedicación y dominar mi ansiedad (y por lo tanto, mi enojo y mi depresión). He visto una marcada mejoría en mi estado de ánimo y mis puntajes en una variedad de juegos mentales, por no mencionar cómo limpio mi casa, lo seguido que estoy haciendo ejercicios físicos y mucho más.”

-Quien firmó como “El estudiante” escribió: “Comprar el Brain Stimulator fue una de las mejores decisiones que tomé, primero como ser humano y, en segundo lugar, como estudiante. Este aparato no sólo incrementó mi agudeza y la eficiencia en el procesamiento de datos sino que calmó sustancialmente mis devaneos mentales, permitiéndome mayores periodos de introspección y concentración.”

-“Anónimo” dijo: “La depresión es como estar atrapado en una jungla como un soldado detrás de las líneas enemigas y tratando de encontrar algo, cualquier cosas, un maldito palo para pelear por escaparse de ahí. Bueno, el Brain Stimulator es un machete. Gracias por mi machete y espero que tengan suerte en que sea distribuido entre mis amigos, los soldados (Marines) (Anónimo).

Imagino que para un futuro muy próximo no sería raro encontrarse con un spa de salud mental, un centro casi de estética o fisioterapia cerebral (bueno, la fisioterapia utiliza algunos de estos aparatos para sus tratamientos), que ofrezca Estimulación Cerebral por corriente directa, baños de Hipertermia de Cuerpo completo, un sueño acompañado por el Sistema de Sueño Cerêve, Videojuegos de estimulación cognitiva, Lámparas de luminoterapia, dietas con propiedades anti-inflamatorias y propicias para la estimulación cognitiva, etc. Ojo, puede ser un emprendimiento (eufemismo por negocio) para pensar y desarrollar, con buenas perspectivas de dividendos. ¿Suena tentador?



Wurzman R et al. An Open Letter Concerning Do-ItYourself Users of Transcranial Direct Current Stimulation. *Annals of Neurology*, 2016;80:1-4.

2. Bikson M et al. Safety of Transcranial Direct Current Stimulation: Evidence Based Update 2016. *Brain Stimulation*, 2016. (Disponible en: [http://www.brainstimjrn.com/article/S1935-861X\(16\)30140-1/pdf](http://www.brainstimjrn.com/article/S1935-861X(16)30140-1/pdf)).

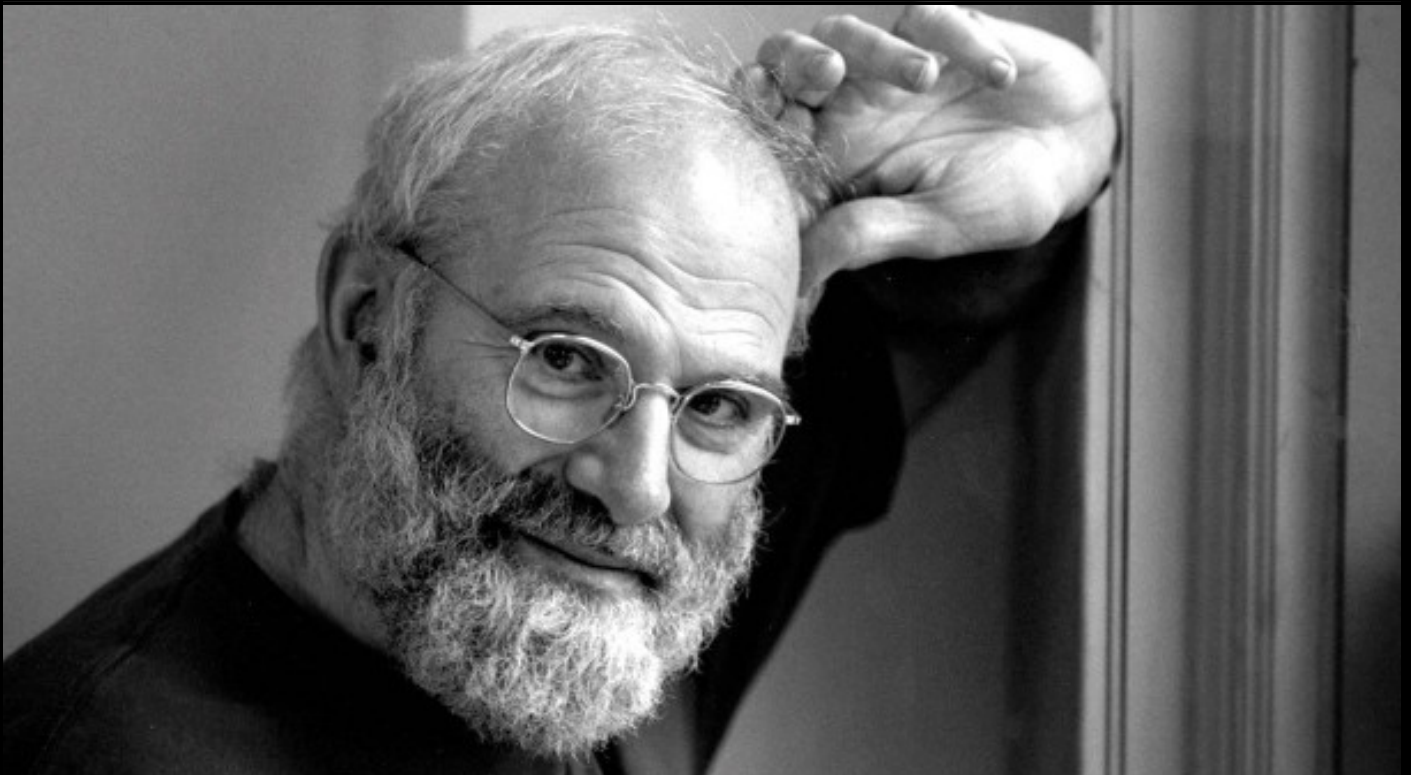
Horvath JC et al. Quantitative Review Finds No Evidence of Cognitive Effects in Healthy Populations From Single-session Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS). *Brain Stimulation*, Vol 8, 3, Pages 535–550.

Horvath JC et al. Evidence that transcranial direct current stimulation (tDCS) generates little-to-no reliable neurophysiologic effect beyond MEP amplitude modulation in healthy human subjects: A systematic review. *Neuropsychologia* 2015, Vol 66; 213–236.

Cappon D et al. Value and Efficacy of Transcranial Direct Current Stimulation in the Cognitive Rehabilitation: A Critical Review Since 2000. *Front Neurosci*. 2016; 10: 157.

Dossier:

# Oliver Sacks



Escriben:

Levin, Matusевич, Pavlovsky, Romero, Sobredo, Triskier

Este dossier sobre Oliver Sacks surge de una mesa presentada en el último congreso de APSA (Oliver Sacks, in memoriam: volver a pasar por el corazón).

Los libros de Sacks nos han inspirado en algún momento de nuestra formación. Su posición clínica de ir tras el saber científico sin perder el foco de lo humano se vuelve importante en un contexto de pacientes fragmentados en sub especialidades.

Más allá de los casos coloridos y una prosa a veces azucarada, Sacks fue astuto en transmitir ganas y una ética de la honestidad intelectual. Sus últimos textos de despedida en el New York Times son un ejemplo de esto.

Es verdad que Sacks tuvo la suerte de transitar un mundo donde el semblante de médico aún podía ser decimonónico y, a su vez, profundizar en el saber científico del siglo veinte. Leyendo la obra de Sacks, uno se da cuenta de que **el entusiasmo por la clínica, el saber científico y el acercamiento a lo humano no son cosas contradictorias**. Heredamos en este siglo un semblante alicaído por los excesos de una minoría de médicos ruines que metieron una media roja en el lavarropas donde se lavaban los guardapolvos de entonces. La reconstrucción debería empezar desde el contacto con la clínica. Volver a dejar lugar a la sorpresa en lugar del dogma, a la pregunta en lugar de la respuesta automática, a la crítica de los discursos homogéneos en lugar de seguir la fila. Todas cosas que aparecen en la obra de Sacks.

Además, y no son menores, Sacks tuvo dos victorias sin intención: sobrevivió a ser interpretado por Robin Williams y a la pésima traducción de Anagrama que eligió el término “delusión” para decir delirio en su libro “Alucinaciones”.

MZ

1. Agradecemos a Fabián Triskier por el incisivo impulso para la recopilación de los textos.
2. El in memoriam del título de la Mesa es en referencia a que el 30 de agosto se cumplió un año de la muerte de O. Sacks.

# Sacks y la dimensión poética del encuentro con el otro

Santiago Levín

Hay muchos Sacks. El público-famoso-célebre. El Sacks privado-íntimo-frágil. El personaje de televisión, luminoso-sereno-brillante. Y está el Sacks callado, discreto, contenido, de modales cuidados. También tenemos al aventurero-esteta-deportista, narciso-mirón, amante de las motos y de la velocidad, de los deportes riesgosos, de los motociclistas y de los atletas.

Hay un Sacks neurólogo, pero un neurólogo único: escucha, pregunta, acompaña, tiene tiempo, entiende, estudia... y luego escribe.

En los últimos años aparece un Sacks que decide revelarse (con “v” corta), sincerarse. Conmoviendo con su coming out total, su full monty. Conmoviendo con todo. Infancia, homosexualidad, accidentes, rechazo de la madre, ambiciones de novelista, amoríos, soledades, enfermedades terminales, muerte anunciada, despedidas...

Hay muchos Sacks, y evocarlos a meses de su muerte configura una despedida. Una despedida agradecida, de parte de un psiquiatra que –como él– desea una psiquiatría no despojada del cuerpo y una neurología no carente de alma.

De todos estos Sacks elijo, en esta oportunidad, al Sacks narrador, narrador de pacientes. Quisiera rescatar ese aspecto de Oliver, esa vocación narrativa que da espesor a una historia clínica y la vuelve tangible, presente, humana, conmovedora. Dejo los otros Sacks para los otros compañeros de esta incur-



sión grupal en ATLAS.

Aclaremos, antes de seguir, que Sacks no inventó (ni fue su pretensión) el historial clínico. Tampoco la narración cuidadosa y profunda del acontecer psicopatológico del paciente (recordemos el premio Goethe otorgado a Sigmund Freud). Su aporte en este terreno, en opinión de quien escribe, tiene que ver con el rescate de la misma mismidad del paciente, de su modo particular de ser y estar en el mundo, en un contexto médico como el de la segunda mitad del siglo pasado, caracterizado por el afán reduccionista de hallar la causa biológica para explicarlo todo (especialmente en la psiquiatría). En este contexto, Sacks viene a recordarnos que no hay medicina sin ser humano, ni ser humano sin una historia.

Cualquiera de los historiales clínicos narrados por nuestro neurólogo inglés podría simplificarse a: paciente masculino, 49 años, sin antecedentes patológicos, lúcido, vigil, colaborador, que presenta un trastorno mnésico egosintónico, sin conciencia de enfermedad, etcétera, etcétera. Es el lenguaje médico, que le dicen. Pero nuestro médico, además, escribe: “Al mirar a aquel hombre de pelo canoso que tenía ante mí, tuve un impulso que nunca me he perdonado... era, o habría sido, el colmo de la crueldad si hubiese habido alguna posibilidad de que Jimmie recordase”. Y más adelante, ya hecho el diagnóstico de Korsakov: “Quizás haya aquí una enseñanza filosófica además de una enseñanza clínica: que en el síndrome de Korsakov o en la demencia o en otras catástrofes similares, por muy grandes que sean la lesión orgánica y la disolución ‘humana’, persiste la posibilidad sin merma de reintegración por el arte, por la comunicación, por la posibilidad de estimular el espíritu humano” (1)

Los médicos de este mundo no tenemos una tarde entera para estar con un paciente y aprender de él, para sentarnos en el piano y explorar cómo responde a los sonidos, para pasar horas charlando en interconsulta con especialistas amigos del mismo

hospital... y por fin, para sentarnos a escribir sobre esa experiencia, con tiempo y amor y metáforas.

No tenemos tanto. Pero ¿tenemos tan poco?

Allí es donde quiero detenerme los dos minutos que me quedan para pintar esta aguafuerte.

La idea no es transformarnos en literatos, ni narrar nuestras experiencias clínicas como si fueran sublimes encuentros entre seres de ficción, cuyas existencias se potencian en un encuentro que los transforma para siempre.

Tanto no

Sólo digo, en el espíritu de Sacks, algo que ya todos sabíamos: que no es nada fácil conocer al otro. Nada fácil. Y conocer al otro es nuestro trabajo, y por eso nuestro trabajo no es en absoluto fácil. La historia clínica es apenas un reflejo de un reflejo de un reflejo de un aspecto de un ser humano, y eso suponiendo que esté bien confeccionada. Aunque lo estuviese, faltaría allí lo que podemos denominar dimensión poética. Sacks nos invita a incluirla en el encuentro con el otro. Dimensión sin la cual es muy probable que mucho de lo que buscamos saber del otro se nos escape como se escapa el tiempo el rato en que uno es feliz. Sacks nos vino a mostrar esto a los médicos: la dimensión poética del encuentro con el paciente.

El filósofo francés Henri Bergson definía a la intuición como una sonda que entra, directo y sin rodeos, por una grieta hasta el centro mismo de la cosa que se desea conocer. Yo añadiría que no existe intuición sin una actitud poética, es decir, atenta y sensible a todo lo que provoque emoción.

Y si luego, en un arranque de libertad, alguien quiere poner la experiencia clínica en papel, sin dejar de sentir y de conmoverse, eso ya sería una belleza. Y seguro que el que lea va a entender mucho mejor quién es esa persona de la que se está hablando.

Un poco de esto nos trajo Sacks.///

(1) Fragmento tomado de El hombre que confundió a su mujer con un sombrero.

# El último hippie

Daniel Matusevich

En varias de las historias escritas por Oliver Sacks aparecen elementos que hacen referencia a los efectos que producen en la identidad de las personas los procesos de enfermedad cerebral, desplegados en narraciones a lo largo de toda su obra. Este tema, si bien central en cualquier mirada humanista en torno a la cuestión, es soslayado sistemáticamente por la literatura oficial, tanto neurológica como psiquiátrica, más ocupada en cuestiones de neto corte positivista, que hoy se presentan bajo el sugerente nombre de "la evidencia".

Lo que quizás no sea tan evidente es por qué ha sido abandonado, al menos en gran parte, el enfoque narrativo, reemplazado por otras aproximaciones que dan muy escaso lugar a la subjetividad de aquellos que están atravesados por algún modelo de sufrimiento. Se han esbozado varias teorías al respecto, tal vez podamos encontrar una pista si nos detenemos a analizar brevemente el hecho de estar viviendo en lo que Stephen Post dio en llamar una sociedad "hipercognitiva", caracterizada por una sobrevaloración de lo tecnológico y lo material en detrimento de los componentes afectivos y emocionales de la existencia. Si tuviéramos que destacar algún aspecto de la obra del autor inglés, probablemente rescataríamos esos mismos, aquellos que nos permiten pensar todos sus escritos como un gran tratado acerca de cómo la subjetividad y los afectos se ven alterados cuando se produce la irrupción de lo extraño ataviado con los ropajes de la enfermedad neuropsiquiátrica.

Identidad, subjetividad y afectos interactúan en gran parte de las historias de Sacks mostrándonos cómo las enfer-

medades modifican las almas, las cambian dramáticamente e inician misteriosos recorridos pero jamás las hacen desaparecer. Varias veces a lo largo de sus cuentos y relatos aparecen personajes que discuten con él acerca de cuál es el sentido de ocuparse de personas que según la mirada médica convencional precisamente habían dejado de ser justamente eso, personas, debido a que habían perdido la capacidad de recordar, de pensar o de prestar atención; la hipótesis que subyace en esta pregunta es si el mundo solo puede ser habitado a partir de ciertas funciones mentales, entonces, en caso de perderlas, lo perdido sería la esencia misma del ser humano.

Las reflexiones en torno a la humanidad, al espíritu y al alma son centrales a lo largo de todas las etapas de la obra del autor inglés, sugiriéndonos que la vía regia para acceder a estas cuestiones trascendentales es a través de contar las historias de los pacientes, revitalizando, resignificando, revisitando y dándole un sentido muy especial al viejo modelo patobiográfico de Von Weizsacker, probablemente inaugurando un género nuevo que plantea un cruce entre los clásicos historiales médicos y una serie de influencias muy particulares y personales: los viajes relatados de una forma que nos recuerda a Herman Melville o a Joseph Conrad, la pregunta por el sentido que lo emparenta con Arthur Conan Doyle, los personajes enfermos y en busca de una nueva identidad a la manera de Thomas Mann, la naturalidad y los climas eminentemente Carverianos, más un registro histórico que integra todos los aportes.

Considerado un neurólogo por los escritores y un escritor por los neurólogos, tenido en cuenta escasamente por los lectores psi (que, nos parece a nosotros, lo desdeñan justamente por su formación científica sin detenerse a realizar un análisis más minucioso de alguien que plantea cosas como que el poder de las alucinaciones solo se puede comprender a

partir de relatos de primera mano) su obra prosiguió, profusa, incansable e inspiradora hasta el día de su muerte.

La historia de Sacks es un caso en donde el alumno supera al maestro, ya que si bien las grandes descripciones que realiza Alexander Luria son excelentes (“La mente del mnemónico” es imprescindible, con la increíble historia de Sherashevsky contada a través de veinticinco años), aun en sus mejores momentos son superadas por la obra de Sacks, tanto en desarrollo como en profundidad y compromiso con los pacientes. El psicólogo ruso fue sin duda una figura de gran relevancia en la vida de nuestro autor, ya que frente a la crisis que sobrevino después de la publicación de *Despertares*, fue el apoyo incondicional de Luria el que permitió que la obra de Sacks siguiera su curso a pesar de las aciagas críticas del mundo científico de la Nueva York de los años setenta. Este libro cuenta la historia de un grupo de pacientes aquejados de Encefalitis Letárgica que habitaban en un hogar para ancianos y que fueron tratados por Sacks con Levo-dopa, produciendo cambios increíbles en personas que estaban inmóviles desde hacía más de treinta años (los videos que se pueden ver en You Tube son impactantes). En vez de cuantificar los resultados obtenidos tomó la decisión de contar la historia de estos pacientes, siendo acusado de abandonar la ciencia y utilizar a sus pacientes con fines literarios. El resto de la leyenda es bien conocida, a partir de ese momento no dejó de escribir, contando algunas de las mejores historias de pacientes que nunca se hayan escrito, intercalándolas con libros sobre ciencia y con uno en el que personaje principal es él mismo, a partir de un grave accidente que sufrió en una pierna.

Para ejemplificar algunas de estas ideas elegimos en esta ocasión a la historia de Greg, un paciente que había sufrido los efectos de un tumor que le destruyó la glándula pituitaria, el quiasma óptico y las zonas adyacentes, extendiéndose

a ambos lados de los lóbulos frontales, los lóbulos temporales y el diencéfalo; si bien el meningioma fue extirpado, los efectos del mismo no pudieron ser reparados y debió ser internado en un hospital para enfermos crónicos a los veinticinco años. Este paciente tenía la peculiaridad de no poder registrar nuevas experiencias, además de padecer una amnesia muy particular que le impedía recordar los acontecimientos posteriores a 1970 de manera total, entre 1968 y 1969 los recuerdos eran parciales u ocasionales y entre 1966 y 1967 los recuerdos eran perfectos.

A través de una estrategia típica de nuestro autor, consigue ir más allá de la absoluta desconexión aprovechando el amor que él mismo manifestaba por la música de los Sesenta, de ahí creemos nosotros surge el nombre del relato “El Último Hippie”; en palabras del propio Sacks “...vi pilas de discos tan pronto como entré en su habitación, y una guitarra apoyada junto a su cama. De modo que le pregunté sobre este tema y entonces sufrió una completa transformación: perdió su incoherencia, su indiferencia, y habló con gran animación de sus grupos de rock y sus canciones favoritas, sobre todo de Grateful Dead. Fui a verlos al Fillmore East y al Central Park... mi canción favorita es Tobacco Road. El título le evocó la melodía, y Greg cantó toda la canción con gran sentimiento y convicción: con una profundidad de sentimiento de la que, hasta entonces, no había mostrado el menor signo”.

A lo largo de los años y de los libros de Oliver Sacks esta historia se repite una y otra vez, puede ser El Marinero Perdido, o la mayor parte de los relatos incluidos en Alucinaciones, pero siempre podemos vislumbrar un modo distinto, una manera diferente de enfocar la cuestión del cerebro y el asunto del alma, tanto desde el punto de vista literario como científico, habiendo conseguido plasmar un estilo inconfun-

dible en donde se mezclan la literatura, el humanismo, la ciencia, la antropología, la aventura y el humor, dando lugar a una obra inconfundible.

Más adelante, cuando describe la enfermedad de Greg, nos encontramos con un párrafo que es necesario considerar en detalle ya que nos permite asomarnos a la visión del mundo propuesta por Sacks: "...aunque como neurólogo yo tenía que hablar del "síndrome" de Greg, de sus déficits, no me parecía que eso resultara apropiado para describirle. Uno tenía la impresión de que se había convertido en otro "tipo" de persona; que aunque su lóbulo frontal le hubiera arrancado en cierto modo su identidad, también le había otorgado una especie de identidad o personalidad, aunque de un tipo extraño y quizás primitivo".

Creemos que este fragmento es absolutamente representativo de la obra de nuestro autor, desarrollado de distintas formas en referencia a las circunstancias de los personajes, pero siempre insistiendo en el mismo sentido: no se trata de desconocer el déficit pero sí de contraponerle las posibilidades, por más insignificantes que las mismas parezcan. La convicción de la búsqueda por el sentido de la vida, por las nuevas coordenadas vitales de una existencia amenazada siempre está presente a través de la pregunta acerca del cambio en la identidad, algo muy diferente a la convicción acerca de la desaparición de la misma.

Sigue diciendo Sacks: "...¿Pero había un Greg más profundo debajo de su enfermedad, bajo esa superficialidad provocada por el síndrome del lóbulo frontal y la amnesia?... Por aquellos días los noticieros informaban continuamente sobre la joven Karen Ann Quinlan, sumida en un coma profundo, y cada vez que su nombre y su destino eran mencionados, Greg se mostraba afligido y silencioso. Nunca fue capaz de

decirme explícitamente por qué pero debía ser, creía yo, por una suerte de identificación de su propia tragedia con la de Karen. ¿O era solo su incontinente empatía al adaptarse enseguida de un modo mimético, casi desesperado al clima de cualquier noticia o estímulo? No era ésta una cuestión que yo pudiera responder al principio, y quizá, además, yo estaba predispuesto a no encontrar profundidades en Greg, pues los estudios neuropsicológicos que conocía parecían rechazar esa posibilidad. Pero esos estudios estaban basados en evaluaciones rápidas, no en una observación prolongada ni en el tipo de relación que quizás solo es posible en un hospital para pacientes crónicos, o en situaciones donde todo un mundo, toda una vida son compartidas con el paciente”.

Lo que Sacks hace es hablarnos acerca del compromiso existencial requerido para atender y acompañar a estas personas en su jornada a través de la enfermedad; está proponiendo un cambio de paradigma fundamental y preciso que implica, entre otras cosas, reemplazar el hacer por el estar. La aproximación médica convencional es fundamentalmente operativa, sostenida por opciones diagnósticas y terapéuticas que implican siempre intervenciones sobre el cuerpo, mientras Sacks nos dice que tenemos que enfocarnos en otro aspecto de la cuestión: “...se percibía que Greg, aunque disminuido, todavía tenía una identidad, una personalidad, un alma.”

La indagación y el encuentro con “el alma” de nuestros pacientes es una travesía compleja, que implica una serie de supuestos imposibles de soslayar; por mencionar solo uno, tal vez el fundamental, es improbable que descubramos el alma del otro si primero no intentamos un encuentro con nuestra propia alma. Lo que pretendemos decir aquí es que la búsqueda del sentido en el encuentro con el otro es un camino de ida y vuelta, donde los cambios suceden a través del estar, del compartir y del creer que “...hay más cosas en el cielo y la tierra, Horacio, que las que sospecha tu filosofía”.



Sacks creía en esto, es por eso que sus historias están cargadas de encuentros inverosímiles pero reales, es por eso que “...todo eso, que parecía tan patológico, tan anacrónico en las pruebas clínicas, parecía casi normal, natural, ahora que formábamos parte de una multitud anclada en los sesenta que caminaba hacia el Garden”.///

# On the Move, la biografía de Oliver Sacks. Lo amable de lo viscoso.

Laura Sobredo

*“En el peor de los casos estás en movimiento,  
En el mejor no llegas a ningún absoluto en el que descansar,  
siempre estás más cerca si no parás.”*  
(Thom Gunn, On the move.)

La biografía de Oliver Wolf Sacks se publicó en Argentina en diciembre de 2015, meses después de su muerte. En una conmovedora carta publicada en *The New Yorker* en febrero de ese mismo año, Sacks había anunciado padecer la recidiva de un melanoma de retina y la inminencia del final de su vida “ha llegado el momento de enfrentarme de cerca a la muerte”, dice en esa carta. Menciona en los párrafos iniciales que sus últimos 15 años de vida “han sido tan ricos en el trabajo como en el amor. En ese tiempo he publicado cinco libros y he terminado una autobiografía que se publicará esta primavera”. La autobiografía publicada en junio de 2015 no fue escrita a la sombra de esa despedida, sino por otros motivos.

Oliver Sacks (como Ricardo Piglia) escribe en cuadernos, en libretas. Hay muchas fotos de él escribiendo, de pie en una estación de tren, sobre el techo de un auto, en Machu

Picchu, en un jardín botánico. En una entrevista de 2008 dice “He llevado diarios durante casi los últimos 60 años. Alguien los contó y creo que ahora tengo 650 diarios, la mayor parte nunca se han visto”.

Escribe sin parar. Escribe porque no puede no hacerlo.

Aun así, con una producción escrita que anuncia su familiaridad con el exceso, Sacks tarda en encontrar su destino de escritor, casi tanto como el Laprida del Poema conjetural (1). Publica por primera vez cerca de sus 40 años (Migrañas en 1970). Es criticado negativamente por la academia porque su obra no es “científica” y otro tanto porque no encaja en los parámetros de la divulgación científica.

Oliver Sacks cuando escribe es reprochado porque es difícil de encasillar. Es raro.

Sacks escribe sobre su clínica, escribe inspirado en la escritura de Alexander Luria, psiquiatra ruso con quien “dialoga” viviendo ya en Estados Unidos, en épocas de guerra fría, y con quien luego intercambiará algunas cartas. Escribe sobre su amor por la ciencia, que le ordena el desordenado y cruel mundo de su infancia en “El tío tungsteno”. Escribe sobre su cuerpo lastimado en “En una sola pierna”. Pero entiendo o subrayo que insistentemente escribe sobre los raros, los imposibles, los incurables de sus pacientes y en su capacidad de empatía y de cercanía con sus “casos” se incluye en ese grupo.

En su autobiografía (digo y recorto arbitrariamente), escribe sobre el amor.

No escribe sobre el amor romántico sino sobre ese lazo recíproco que dice de ambos, el amante y el amado. Sacks encuentra amables a aquellos que motivan su escritura. Y él le cuenta al mundo que es amado en los tiempos de esa escri-

ra “años ricos en el trabajo como en el amor”.

Entre tantas otras cosas cuenta el recorrido de abominable a amable. Y allí encuentro una lectura posible sobre lo que causa su escritura.

Hay un motivo manifiesto en la escritura y la publicación de la autobiografía, Oliver Sacks hace allí pública su homosexualidad. Dice bien pronto, a siete páginas de iniciar el texto (2), que a sus 18 años su padre “(...)consideró que había llegado el momento de que mantuviéramos una charla de hombre a hombre”, le contó entonces que le gustaban los chicos aunque “no había hecho nada” y le pidió que no se lo contara a la madre. “Se lo contó y a la mañana siguiente mi madre bajó echando chispas, con una cara que no le había visto nunca. ‘Eres una abominación’, dijo. ‘Ojalá no hubieras nacido’. A continuación se marchó y pasó varios días sin hablarme. Cuando volvió a dirigirme la palabra, no se refirió a lo que había dicho. No volvió a mencionarlo nunca más(...) sus palabras me persiguieron durante gran parte de mi vida”.

¿Será lo abominable amable? La frialdad en el lazo que unía a ese hijo y a esa madre es nombrada en varios textos de Sacks, particularmente en “El tío tungsteno”. También es explícita la disculpa del hijo a la madre por ese dicho en la autobiografía, cuando dice que al saber su madre de su homosexualidad él se había convertido en “una carga que agregar a la esquizofrenia de Michael”, su hermano inmediatamente mayor.

Michael y Oliver habían atravesado la experiencia de sobrevivir al exilio interno entre los años 1939 y 1943. En el año 1939, el gobierno británico inicia la Operación Pier Pipe. Infausto nombre que designa la evacuación de más de

600.000 niños en edad escolar para ser apartados del riesgo de los bombardeos a la ciudad de Londres. Hamelin's Pier Pipe es el nombre en inglés de "El flautista de Hamelin" y Pier Pipe una expresión que se utiliza para nombrar a aquellos capaces de persuadir a otros de seguir un rumbo. La experiencia de la evacuación que Donald Winnicott nombra como "un relato de tragedias", hace necesarios luego dispositivos específicos para el tratamiento de las afecciones mentales de esos niños y es en atención a las secuelas de esa experiencia que John Bowlby escribe a pedido de la OMS "Cuidados maternos y salud mental". La familia Sacks había enviado a sus dos hijos de 6 y 9 años a un internado en las afueras, donde sufrirían abusos y violencia física. Oliver relata "Regresé a Londres en 1943, después de cuatro años de exilio. Tenía 10 años y era un niño retraído y en cierto modo emocionalmente inestable". Michael siguió padeciendo agresiones en la escuela, advertidas inicialmente por una de sus tías y tiempo después padeció su primer episodio psicótico.

Oliver Sacks inicia su biografía recordando en la oscuridad de ese encierro-exilio sus sueños de libertad, soñando que volaba o cuando montaba caballos "lo que más deseaba era movimiento y poder y libertad de movimiento y poderes sobrehumanos". Las motos que admiraba desde la infancia fueron su corcel.

Titula su autobiografía "On the move", nombre de un poema de Thom Gunn, uno de sus amigos de los años californianos y de toda la vida, del que discretamente solo dice su amistad, su ocupación de poeta, su amor compartido por las motos y esquiva, en una ausencia notoria, mencionar la homosexualidad de Thom.

Dedica el libro a Billy, su pareja, su amado, su love one. Y dice en el epígrafe: "La vida hay que vivirla hacia ad-

elante, pero sólo se puede comprender hacia atrás”.

Quiere comprender.

Ver para comprender y concluir. Puede ser.

El anecdotario en “On the Move” es extenso y encantador: el niño separado de su familia durante la guerra, el adolescente enamorado a quien la muerte y la confusión se le cruzan siempre en el camino de las historias románticas, el estudiante en Oxford que no alcanza a cumplir con las expectativas maternas más que cuando borracho se sienta a un examen, el joven fisicoculturista en California, el apasionado de las motos (bello como un Brando en esa foto que aparece en la tapa del libro, con la chaqueta de cuero), el que experimenta con casi todas las sustancias que puede meterse en el cuerpo en Los Ángeles, en San Francisco, en México, el amante de los helechos, el nadador empedernido como su padre (cuando ya no ve bien por el melanoma de retina nada con Billy que tiene puesta una gorra de color fosforescente para que pueda seguirlo), el escritor que enloquece a sus editores con versiones y más versiones de cada capítulo de sus obras, el que charla con Crick (sí, el de Watson y Crick).

Es posible construir una serie de relatos siguiendo el recorte que he propuesto, el del recorrido de abominable a amable.

A sus 18 se muda de la casa familiar al Queen’s College en Oxford donde logra entrar con altas calificaciones. Allí conoce a su primer no enamorado, un compañero de estudios que cuando le cuenta sus sentimientos le pide disculpas. “No soy como vos”, le dice, “pero aprecio tu amor”. Unos meses más tarde el joven a quien Sacks consideraba que podía ser un amigo para toda la vida le pide consejo porque es estudiante de medicina, pregunta por un bulto en su ingle: “Se bajó los pantalones y los calzoncillos, y allí estaba en la

ingle izquierda, del tamaño de un huevo, era firme y duro al tacto”. Describe así el ganglio inguinal de su por siempre amigo. Oliver le expresa su preocupación y lo manda con urgencia a consultar. Dos semanas más tarde le diagnostican un linfosarcoma de glande. “No volvió a hablarme, yo fui el primero en reconocer el carácter letal del tumor y quizás ahora me veía como una especie de mensajero o símbolo de la muerte”, dice.

En esos años la homosexualidad era un delito en Inglaterra. En 1954 Alan Turing, el matemático inglés de la criptografía, se suicidaba después de haber sido penado, por su relación con otro hombre, a someterse a tratamiento hormonal y apartado de sus tareas en la agencia de inteligencia británica.

En 1955, después de una estadía en Israel, viaja a Ámsterdam en busca de su iniciación sexual, mas no del amor: “me dije que tenía 22 años, era bien parecido, delgado, estaba bronceado y seguía siendo virgen”. Toma alcohol en un bar hasta que lo echan, amanece en una cama que no conoce, ve a su anfitrión con dos tazas de café, le pregunta si lo que sucedió estuvo bien y cuenta: “Era la primera vez que mantenía relaciones sexuales. El desconocido le dice, según el recuerda y escribe: “(...) no hace falta beber hasta caerse y perder el conocimiento, eso es muy triste, incluso peligroso, espero que no vuelvas a hacerlo”. Y agrega: “Lloré de alivio mientras hablamos y sentí que desaparecía o al menos se aligeraba muchísimo una enorme carga, una carga de reproche hacia mí mismo”.

Después de su mudanza a Estados Unidos en 1965, con el telón de fondo de la abominación y el delito, Oliver expande su vida sexual que es siempre anónima, secreta y desintegrada del resto de su vida. Cuenta con gran discreción sus encuentros sexuales en sus primeros tiempos en San Francis-

co: encuentros en un hostel de la YMCA donde en diferentes momentos de la noche algún desconocido, que nunca dejaba de serlo, golpeaba a su puerta. De esos años californianos e iniciales de su vida adulta es la amistad con Thom Gunn, el poeta con quien comparten la escritura, y el amor por las motos y por otros varones.

En San Francisco también en el gimnasio del YMCA conoce a Mel, un joven con quien levanta pesas y practica lucha. En su biografía, Sacks describe el enorme atractivo sexual que había entre ellos y la fragilidad de Mel: “entendí que debía ir despacio” dice. Ante la muestra explícita de la excitación que le provoca masajearlo, Mel lo deja “me sentí desesperadamente solo y rechazado, y fue en ese momento cuando me pasé a las drogas como una especie de compensación”.

Algunos amigos insistentemente lo rescatan de sus fines de semana, aislado, drogándose en su casita en Topanga Canyon. “De día era el simpático doctor Oliver Sacks enfundado en una bata blanca y por la noche cambiaba la bata por un traje de cuero de motociclista anónimo, como un lobo ( ...) a esta impostura contribuía que mi segundo nombre fuera Wolf( lobo), para Thom y mis amigos motoristas mi nombre era Wolf”.

En 1973 Oliver Sacks cumple 40 años y vive su última aventura sexual antes de recorrer 35 años sin mantener relaciones sexuales. Fue en Inglaterra y su amante era un joven que había conocido en un lago de Hampstead Heath nadando. Hampstead Heath es un bello parque de las afueras de Londres donde Oliver nadaba con su padre. Fue el mismo día de su cumpleaños y pasaron juntos una semana que nombra como íntima, festiva y deliciosa.



En 1974, ya en Nueva York, Oliver es despedido de su trabajo en el Hospital Estatal de Bronx después de una acusación improbable de abuso sexual a pacientes autistas y que Sacks niega enfáticamente. Lo obligan a dejar su trabajo. Furioso quema todos los textos que había escrito en su tiempo de práctica allí. Planea acusar públicamente a las autoridades del Hospital de los tratos crueles que dan a esos jóvenes, justificados en los tratamientos conductuales. No lo hace, en cambio, para alejarse, viaja de vacaciones a Noruega, allí tendrá la experiencia que produce su próximo libro "Con una sola pierna", una caída mientras practicaba alpinismo en solitario que pone en riesgo su vida.

Desde estas dos fechas tan cercanas (el cumpleaños de 1973 y la acusación de abuso de 1974) se inician 35 años sin mantener relaciones sexuales. En abstinencia de ese tipo de amores. La confrontación explícita con los que imponían tratamientos basados en premios y castigos y eran entendidos por Sacks como formas de crueldad y malos tratos, junto con la propuesta de intervenciones diferentes con sus pacientes (como tocar un instrumento o salir de paseo) dieron sustento a la propuesta de que dejara su trabajo. Logran que se vaya con la acusación de abuso que, según le dicen, corre como un rumor. Las diferencias profesionales y las críticas abiertas y frontales sin duda alimentaron esa acusación falsa. Seguramente, la homosexualidad también funcionó como uno de los crueles argumentos que justificaron los perjuicios y la segregación.

Estos fragmentos de relato no están puestos en relación ni siquiera de contigüidad en el texto, pero leo allí insistiendo de un modo violento y literal la cercanía de la sexualidad y la muerte: el joven de quien se enamora y el linfosarcoma, la borrachera hasta el desmayo y la iniciación sexual en Ámsterdam; los tóxicos y el anonimato en sus años en California; la acusación de abuso de sus jóvenes pacientes y el accidente donde

podría haber muerto por estar solo y finalmente la interrupción por décadas de su vida sexual.

Luego vendrán la época más fecunda de la escritura y el encuentro con Billy. Y lo producido en su análisis, que, entiendo, permitió el salto cualitativo entre esos dos tiempos.

En 1973 publica “Despertares”, su primer libro que trasciende (aunque el éxito editorial va a suceder con “El hombre que confundió...”) y con motivo de ese texto recibe la carta de Gunn, el amigo poeta que dice, ante la evidencia de un cambio en la escritura, de Oliver Sacks (antes, Thom Gunn leía sus diarios, “el enorme diario que sueles mostrarme”): “Creo que sos tan talentoso pero tan deficitario en una cualidad, justamente en la más importante, llamale humanidad, simpatía, algo así; y francamente pensé que nunca te convertirías en un buen escritor (...) lo que era un déficit de esos textos anteriores es ahora bellamente el organizador de tu estilo y lo que te permite ser tan lúcido, tan receptivo. Me pregunto si sabes qué pasó. ¿Fue sencillamente el trabajar con los pacientes tanto tiempo, la apertura facilitada por el ácido, o realmente te enamoraste (falling in love) o las tres?”

Oliver Sacks dice en un reportaje del año 2005 que no sabía cómo responder esa carta, cuenta que escribe, fiel a su estilo, decenas de versiones de respuestas que lleva con él por semanas: “Estaba obsesionado por la carta, no sabía qué contestar. Había entrado y salido del amor algunas pocas veces, y en un sentido estaba enamorado de mis pacientes. No creo que el ácido hubiera tenido una influencia para mí como tuvo para Thom. Por otro lado, le escribí que sentía que el psicoanálisis había tenido un lugar crucial en mi posibilidad de desarrollarme. Había estado en análisis desde 1966”.

“Dijo que las drogas me dejaban fuera del alcance del

psicoanálisis, que no podría visitarlo a no ser que dejara de tomarlas”. Quien dice esto es el doctor Shengold, analista de Sacks durante más de cuarenta años. Que inicia así de claro y contundente prescribiendo que tiene que dejar de drogarse para poder “visitarlo”. Y respondiendo a la pregunta de Sacks sobre si era simplemente neurótico, simplemente, no

Aquí leo una secuencia: el cambio que el amigo detecta en los textos de Sacks, la posibilidad de cierta marca de la palabra que limita, en el trabajo analítico, la capacidad de producir un texto y la capacidad de amar lo raro, lo abominable de sus raros pacientes (“llamale humanidad, simpatía, algo así”).

Oliver Sacks se encuentra con su destino de escritor (y aventuro) y hay en el proceso de su análisis una marca, un efecto de escritura que le habilita ser para otro, amable.

Esta condición también lo saca de la que llamó la distancia con la vida y lo aleja de esa ligadura, que es posible leer en su texto como ineludible, entre la sexualidad y la muerte.

En 2008, a sus 65 años conoce al escritor y fotógrafo Bill Hayes, el Bill a quien dedica “On the move”. “A veces creí haber vivido a cierta distancia de la vida misma. Esto cambió cuando Bill y yo nos enamoramos”. Y dice que la vida en pareja con Bill es “(...) un regalo inesperado y magnífico para mi vejez, después de toda una vida manteniendo las distancias”.

Para cerrar por hoy esta lectura que comparto y esa secuencia del amor que Oliver Sacks cuenta con tanta discreción y que he intentado respetar, unos renglones más del autor que entiendo muestran su posibilidad de amar lo extraño que encuentra en sus raros pacientes y lo empuja a escribir.

En una extensa nota de junio de 2015 en la revista *Vanity Fair* hay una conversación que el autor tiene con Oliver en 1982, en una caminata que concluye en el Museo de Historia Natural en Manhattan y allí dice:

“De los pulpos lo primero que me gusta son las caras, si pasas algún tiempo con ellos llegas a diferenciarlas y ellos parecen distinguirse de otros visitantes. Así que es eso, ahí está lo que me gusta de ellos, ese sentido mutuo de afecto por el extraño, el ajeno, el extranjero. Su manera de moverse, la propulsión a jet. Y sus ojos que son enormes. Sus espolones, como de pájaro que pueden cortarte feo. Sus raros hábitos sexuales. Su espíritu aventurero, salen de los caparazones a flotar libremente. Y también, lo viscoso (se sonríe Oliver Sacks apunta quien escribe y le creemos, cuando dice) me gusta lo viscoso”///

(1) Jorge Luis Borges, Poema conjetural, en *El otro, el mismo* (1964).

(2) En adelante, entre comillas recortes de “On the move” a menos que se aclare que la cita es de otro texto.

# Oliver Sacks: Un explorador de la experiencia sensible

Federico Pavlovsky  
María Celeste Romero.

El mundo de la medicina, asiduamente conservador, no sería el mismo sin aquellos matices de asombrosa creatividad propia de los verdaderos maestros: aquellos que trascienden los tradicionalismos en busca de otro modo de producir y difundir conocimiento. Oliver Sacks (1933-2015) podría haber sido un neurólogo más, seguramente uno muy destacado, pero simplemente uno más del rebaño. Sin embargo, fue un médico que trabajó desde una perspectiva narrativa y biográfica, así atendió pacientes, estudió, escribió y vivió. 82 años bastaron para que Sacks se conmemorara como uno de los más destacados divulgadores científicos de las últimas décadas. En tanto su producción se ha propagado mucho más allá del mundo de la neurología, este genio reúne dos características que confirman su significación: por un lado es el tipo de médico que influye en un momento cultural más allá de la medicina; por el otro, y vale destacar el contraste, no es demasiado tenido en cuenta por los colegas, que lo ven más como “un escritor de divulgación”, como si salirse de la comunicación en el ambiente meramente académico fuera un hecho de poca monta, subestimando sus aptitudes para comunicar contenidos tan complejos de un modo tan seductor. Es de destacar que ambas condiciones suelen estar presentes

en aquellos médicos de primer nivel que han trascendido la especificidad de su oficio. Esto último no es un detalle menor, ya que las diversas y complementarias facetas de su personalidad no se representan sólo en un guardapolvo blanco. Su vida entera lo situó en el lugar de la exploración del mundo: Sacks era un aficionado a las motos (su foto juvenil montando una potente BMW R60 fue comparada con la postal de Marlon Brando en la película “Salvaje”), a la botánica, al piano, al fisicoculturismo, al alpinismo (en donde a los 41 años sufrió un grave accidente que luego motivó el relato “Con una sola pierna”), demostrando múltiples aristas constituyentes de tan valioso prisma.

Si bien hay quienes lo juzgan por salir del ambiente académico para comunicar conocimiento lejos de la especificidad de la profesión, castigando ciertos espacios de transmisión de saberes como poco específicos, es claro que socialmente estos hechos son vastamente provechosos. En esos espacios intermedios, de transferencia de saberes, Sacks se manejó con un brillo particular, tanto para la producción de conocimiento como para la transmisión escrita acerca del mismo. En un intenso juego con la realidad, gran parte de su obra es producto de su experiencia sensible, sin caer en infértiles cohibiciones, pudo escribir desde su propio tránsito por la vida con gran fluidez y accesibilidad al lector. De hecho, es claro que escribió dos autobiografías, una acerca de su dolorosa infancia, donde relata su historia de abusos físicos y psicológicos mientras vivía en una residencia para niños en contexto de una Londres bombardeada durante la segunda guerra mundial (graficados en la novela “El tío Tungsteno”) y otra que contempla básicamente su vida adulta (“En Movimiento”).

Así, a través de sus escritos, ha acercado a millones de lectores al mundo de la neurología y sus misterios, ofreciendo siempre una reflexión sobre la percepción y la realidad.

Autor de libros que conquistaron seguidores alrededor de todo el globo, es de destacar su novela *Despertares* (1973), posteriormente llevada a la escena hollywoodense y resultando un clásico del cine, en la que Sacks relata la historia de un grupo de pacientes que padecían una extraña forma de encefalitis; o bien *Un antropólogo en Marte* (1995), donde con una rítmica propia, nos lleva de viaje por la dimensión de la personalidad autista. Asimismo, en *Alucinaciones*, traza una vasta historia de estos fenómenos, explorando el mundo de la percepción alterada, contextualizándolo, poniéndolo en consonancia con la producción de este fenómeno a partir de presión social y cultural, llegando incluso a sugerir que la realidad es, por lo menos a veces, una alucinación colectiva. Traducido a muchos idiomas, es notable su gentil prosa y sentido de humor para escribir, que producen en el lector ese contagioso entusiasmo, esa ansia de saber cómo continúa el cuento, en una dinámica tan empática como atrapante. Cada tema de los que escribe parece comenzar desde la curiosidad de nuestras experiencias sensoriales, para luego dirigirse hacia el proceso orgánico que se da en nuestros cerebros en dichas circunstancias.

Sacks fue un gran curioso, un aventurero de su propio cuerpo. Su interés lo llevó incluso a experimentar con sustancias para comprender mejor a sus pacientes; es cierto que quien nunca ha tenido una alucinación o un estado de paranoia comprende al que sí lo padece desde la teoría, a Sacks le importó conocerlo desde el cuerpo. Un poco por curiosidad, un poco porque no pudo hacer otra cosa, es conocido que parte de la vida de Sacks fue su contacto con las sustancias psicoactivas, vínculo que iniciaría estando él en EEUU, país al que había migrado por diversos motivos: económicos, laborales, pero también afectivos. Hasta su partida convivía con Michael, su hermano esquizofrénico, situación que, en tanto se había vuelto desgastante, lo invitaba a recorrer nue-

vos rumbos. Ya en tierras americanas, Sacks tuvo varios intensos y desgarradores romances, condición precipitante para el desarrollo de su problemática de adicción. Fue así como al romper una de estas relaciones, sucumbió en el consumo de sustancias. Para ese entonces era un médico joven, hijo de médico, bien parecido y con un futuro prometedor, formado en la excelencia médica, algo así como la anti-postal de la persona que “caerá en las drogas”. Pero las postales son sólo fotos, la realidad está en los hechos. En palabras del propio Sacks, la experiencia de inicio con las drogas se dio luego de sentirse “desesperadamente solo y rechazado”, como una especie de “compensación”. Fue así como, atrapado por los efectos de las sustancias, se embarcó en una doble vida riesgosa: “de lunes a viernes, me dedicaba a mis pacientes, pero durante los fines de semana me dedicaba al viaje virtual: los viajes que me proporcionaba el cannabis, las semillas de dondiego de noche o el LSD. Era un secreto que no compartía con nadie ni mencionaba a nadie”. Comenzó por un espacio fácil para el médico: sustancias legales, autoprescritas, el famoso Artane, inductor de euforia y todo tipo de alteraciones sensorio perceptivas. Posteriormente conoció la mezcla de marihuana y anfetaminas y los siguientes cuatro años quedó “enganchado”, preso en el laberinto de sus efectos. Sobre las anfetaminas dice: “no hay manera de dormir, rechazas la comida y todo queda subordinado a la estimulación de los centros de placer del cerebro” (el núcleo accumbens y otras estructuras subcorticales que Sacks conocía en términos teóricos a la perfección). De la mezcla de marihuana y anfetaminas él explica detalladamente en su autobiografía que pasa a utilizar metanfetaminas por vía oral y luego intravenosa, experimentando una novela alucinatoria durante más de doce horas sin interrupción y sin dimensión del paso del tiempo. Como una rata de experimento, que no puede parar de autoadministrarse el estímulo placentero, Sacks no podía parar de consumir, sintiéndose subordinado a ese placer mortal;



de hecho arribó a la misma conclusión que expresan muchos pacientes acerca del consumo: que podía pasarse días enteros, semanas, incluso años en un estupor adictivo sin registro del espacio / tiempo.

Relata en *Alucinaciones*: “Un sábado soleado en 1964 desarrollé un trampolín farmacológico que consistía de una base de anfetamina (para excitación general), LSD (para intensidad alucinógena) y un toque de cannabis (para añadir un poco de delirio). Alrededor de veinte minutos después de tomar esto, me paré frente a una pared blanca y exclamé: “Quiero ver índigo ahora; ¡ahora!””. Sobre estas experiencias, nos cuenta cómo el efecto de las anfetaminas, a diferencia de los psicotrópicos, se conectan directamente con el sistema de recompensa del cerebro, alertando: “Una buena dosis de anfetamina te da un placer casi orgásmico, pero sin contenido. La anfetamina no nos enseña nada más que a desear más placer, al igual que las ratas del laboratorio conectadas con un electrodo al centro de placer de su cerebro”. Describe asimismo la pérdida de control sobre estas sustancias: “las dosis que tomaba eran cada vez más altas, y el corazón se aceleraba y la presión sanguínea llegaba a un extremo letal”. Vemos que le asigna a su estado de consumo masivo de anfetaminas un rasgo distintivo, la insaciabilidad, nunca tenía suficiente y explica que el “éxtasis” de las anfetaminas era mecánico y autoeficiente, que no necesitaba nada ni a nadie para “completar” el placer y esencialmente era un sentimiento completo, aunque también vacío. Un hombre de agenda completa, un atleta, un ser voluptuoso, con un huracán de ideas en su cabeza, luego de varios meses de uso semanal de anfetaminas llegó a experimentar el cuadro de dependencia que padece el más simple de los mortales: “todos los demás motivos, metas, intereses, deseos, desaparecían en la vacuidad del éxtasis”. Luego de estos fines de semana de consumo, llamados por él “fines de semana de droga”, Sacks volvía al

hospital y según su propia percepción o memoria “nadie se daba cuenta de qué había pasado el fin de semana “, omisión o ceguera que es de lo más habitual en relación a los médicos con problemas de consumo de sustancias (o afectados de cuadros psiquiátricos no evidentes); ya que nadie supone que pueden estar enfermos, desde la propia familia (Sacks vivía solo de todas formas y básicamente vivió solo toda su vida) hasta sus compañeros de trabajo. Es la maldición del médico enfermo, no tiene quién se dé cuenta de su gravedad y no tiene quién lo trate, y habitualmente logra convencer a todos de lo “bien que se encuentra”. Entre un 10 a un 15 % de los médicos desarrolla un trastorno mental o adictivo a lo largo de su vida profesional y esta población además cuenta con el hecho agravante de negar su problemática y ocultar la existencia de la misma. La presencia de enfermedad mental o trastorno adictivo en un médico habitualmente se acompaña algunas características: el no tratamiento, la estigmatización, el temor a la pérdida del respeto por parte de los colegas (con sus consecuencias laborales concretas), la autoprescripción y el retraso diagnóstico o la ausencia del mismo. En consumo de anfetaminas y mientras leía un texto sobre la migraña, Sacks revela un sentimiento de confusión que tienen muchos pacientes en consumo: se preguntó si él estaba leyendo o escribiendo el texto que tenía en sus manos. ¿Autor o lector? Muchos pacientes, bajo el efecto de drogas estimulantes, confunden los planes, las ambiciones y la fantasía creativa de sus mentes con el hecho material y pragmático de llevarlas a cabo. Sacks define este fenómeno de una manera simple: “había experimentado la sensación de llevar a cabo un demente ascenso a la estratósfera para regresar con las manos vacías y sin nada que enseñar”.

Para 1966 Sacks, recientemente mudado de California a Nueva York, estaba consumiendo enormes cantidades de anfetaminas (él se autodefine para ese momento como un

“impulsivo consumidor de drogas” dispuesto a probarlo todo) y experimentaba un cuadro psiquiátrico que el mismo se preguntaba como nominar: “¿estaba psicótico?, ¿maníaco?, ¿desinhibido?”. Lo cierto es que experimentaba alteraciones en su percepción directamente relacionadas con su consumo: “experimentaba un extraordinario agudizamiento del sentido del olfato y de mi capacidad de memoria e imaginación” relata Sacks. Algunas personas pueden alcanzar estados trascendentes (“los indicios de la inmortalidad”) a través de la meditación, mediante técnicas parecidas de inducción de trance, o con la oración y los ejercicios espirituales. Pero Sacks advierte que las drogas “ofrecen un atajo; prometen una trascendencia a la que puede acceder cualquiera”; estos atajos son posibles por la capacidad que tienen las sustancias de estimular directamente muchas funciones cerebrales complejas. En rigor a la verdad, un porcentaje mayoritario de las personas no utilizan tanto las sustancias para “trascender” sino más bien por el sentimiento de placer y euforia que pueden experimentar.

Enmarañado en la necesidad de experimentar tan vacío placer sin posibilidades de prescindir del mismo, Sacks ya no sólo consumía anfetaminas los fines de semana sino que se trataba de un ritual diario en el que las sustancias ocupaban la primera plana de sus días. Como detalla en su autobiografía (“En movimiento”), su estado anfetamínico de excitación, por las noches era “contrarrestado” con la ingesta de hidrato de cloral que le permitía dormir al menos unas horas. Las alucinaciones pasaron a ser parte de la vida cotidiana, como un personaje propio del libro *Naked Lunch*, relata: “mientras removía el café, éste se volvió repentinamente verde, y luego púrpura. Levanté la mirada asombrado, vi que un cliente que pagaba la cuenta tenía una enorme cabeza, como si fuera un elefante marino. El pánico se apoderó de mí; dejé un billete de cinco dólares sobre la mesa y crucé la calle para coger un autobús. Pero todos los pasajeros parecían tener la

cabeza blanca y tersa, como si fuera un huevo gigante y los ojos inmensos y relucientes como los ojos compuestos de los insectos...”.

En este contexto, Sacks telefona a una amiga médica (Carol), quien le hace dos preguntas que un psiquiatra (o un médico) debe hacer a un paciente en ese estado alucinatorio: 1) ¿Qué has tomado? y/o 2) ¿Qué has dejado de tomar? Sacks estaba tomando grandes cantidades de anfetaminas pero el hidrato de cloral se había terminado el día previo de forma imprevista y su abstinencia desencadenó aquellas alucinaciones terroríficas que lo llevaron a pensar (cualquiera lo haría) que se había vuelto loco. En ese momento Sacks venía tomando una dosis quince veces mayor de hidrato de cloral de la indicada como hipnótico, y la tomaba, por supuesto, de la farmacia del hospital, hecho recurrente en los médicos que abusan de sustancias. Muchos de estos médicos adictos conviven en silencio con su enfermedad hasta llegar a niveles de deterioro muy graves, poniendo su vida en riesgo y en ocasiones las de sus pacientes a cargo. El perfil de Sacks para este entonces es el de un adicto a las sustancias adulto promedio: había empezado a perder días de trabajo seguidos con la excusa de que estaba enfermo, tomaba anfetaminas constantemente y comía muy poco, había perdido peso (35 kg en tres meses). En cierta situación de intoxicación, en un estado de excitación, muerto de miedo y con visiones terroríficas, Sacks se propuso al menos mantener un poco de control externo sobre la situación y no dejarse llevar del todo por el pánico y, a pesar de estar acosado a pocos centímetros por “monstruos de ojos saltones que me rodeaban,” decidió comenzar a escribir lo que estaba viviendo. “Describir la alucinación con detalles claros y casi clínicos y al hacerlo convertirme en espectador, incluso en explorador, no en la víctima indefensa de la locura que había dentro de mí”. Ese es el valor de la escritura para Sacks, creación pero también salvación, y esta es

la perspectiva que atraviesa todos sus escritos, ya sea clínicos o ensayos. Sacks escribía todo el tiempo y en cualquier lugar, en el techo de un auto, en la montaña, en el hospital.

En este plano inclinado a la autodestrucción, Sacks tiene un momento de “lucidez” y admite la posibilidad de recibir ayuda. Los primeros intentos con un psicoanalista resultaron inútiles, puesto que asistía drogado a las entrevistas y señala al respecto: “cuando vas colocado de anfetaminas, todo es simple y superficial, y las cosas parecen avanzar con milagrosa rapidez, pero al final todo se lo lleva el viento y no deja huella”. En un segundo intento encontró a un analista (Dr. Shengold) quien advirtió a Sacks que ese espacio no funcionaría si él no dejaba las drogas y sentenció que las drogas lo llevaban “más allá del límite del psicoanálisis”. A una persona como Sacks, experto en levantar pesas y romper sus propias marcas, ese límite también funcionó quizá como desafío. Fue en este contexto que detuvo su consumo. Sacks continuó su análisis con ese terapeuta más de cuatro décadas y es probable que su gran afinidad con el psicoanálisis le haya permitido imprimir al texto de sus casos un tinte de historial biográfico y narrativo, más parecido a los casos de Freud del siglo XIX que a los anodinos y fríos reportes de casos de la medicina actual. Sacks es uno de los ejemplos en donde el psicoanálisis ha funcionado como usina creativa y de curación; el mismo psicoanálisis que es degradado por muchos “científicos” escudados detrás de sus planillas y escalas y ratoncitos.

Dejar las sustancias fue para Sacks, como para la inmensa cantidad de personas que se lo proponen, una experiencia dolorosa, larga y casi insoportable. Uno de los grandes aciertos fue dejar su trabajo como científico de laboratorio (cuyo desempeño había sido errático) y pasar a atender “pacientes de verdad”. Como neurólogo, se propuso estudiar cómo el cerebro encarna la conciencia y el yo y comprender sus asombrosos poderes de percepción, imaginación, memoria y alucinación. Muchas per-

sonas entienden el nivel de su propia adicción cuando sufren en carne propia los efectos de la falta de la droga, el vacío, el deseo crudo y la dolorosa lucidez de los primeros tiempos de la abstinencia. Pero la experiencia de Sacks no es una historia lineal sobre un adicto que “tocó fondo”, dejó las drogas y encontró la plenitud; porque él mismo se encarga de rescatar algunas experiencias “positivas” de su acercamiento con las sustancias, como ciertas alteraciones perceptivas y una fuerza creativa, que en su caso singular, según él mismo, lo ayudó a escribir su primer trabajo (Migraña). Con Sacks siempre se trata de matices y de poesía. Algunos sujetos que han sido golpeados dramáticamente por el consumo, en su interior guardan recuerdos agradables, extrañan el efecto de ciertas sustancias; y no son pocos quienes en su fuero íntimo piensan o creen que ciertas experiencias -bajo el efecto de las drogas- valieron la pena. Sacks no relativiza en ningún momento la gravedad de una adicción, explica que la mayoría de las experiencias alucinatorias son desagradables y, también, da cuenta del impacto destructivo del uso de drogas en su vida, a tal punto que más de una vez en su autobiografía revela que si no las hubiese dejado habría muerto antes de llegar a los 35 años. Pero también es un convencido de que las intoxicaciones, así como los procesos de enfermedad cerebral (sea una demencia, la enfermedad de Parkinson o una alucinación auditiva) son una puerta hacia lo desconocido, un complejo cuadro de desinhibición, que en ocasiones puede liberar o despertar la vida interior y la imaginación, así como potenciar ciertos sentidos. Es lo que Sacks llama en su libro “Un antropólogo en Marte” -la paradoja de la enfermedad-: “hay defectos, enfermedades y trastornos (el abuso de sustancias puede incluirse aquí) que pueden desempeñar un papel paradójico, revelando capacidades, desarrollos, evoluciones, formas de vida latentes, que podrían no ser vistos nunca, o ni siquiera imaginados en ausencia de aquellos. Es la paradoja de la enfermedad, en este sentido, su potencial creativo.” Sacks

estaba convencido de que en cada sujeto existe una “identidad positiva” que ha surgido tras algo calamitoso. No se trata de demonizar la sustancia o lavar la cabeza de quien consume sino más bien evaluar cómo se articula con el proyecto personal, con sus necesidades y con la propia verdad personal. Muchos tratamientos exitosos se producen con personas que añoran y extrañan el contacto con las sustancias (por mucho tiempo y quizá por siempre) pero que aceptan dolorosamente detener su consumo. Las pasiones humanas son un buen ejemplo, como aquella persona que está perdiendo la vida atrapada en un gran amor destructivo y acepta declinar esa relación, cuando todo indica; la piel, los músculos, la sangre, la saliva, los pensamientos, que debería continuar pase lo que pase. El psicoanálisis, la satisfacción del trabajo clínico como neurólogo (“cuando no trabajo me siento desamarrado, me invade una sensación de vacío y autodestrucción”) y la escritura se articularon como un gran salvavidas que este genio supo utilizar, logrando dejar la experiencia del abuso de sustancias en su vida como un registro más de los tantos que contribuyeron a su conocimiento del mundo y entendimiento de su propia existencia y la de los otros.

En febrero de 2015, supo que padecía un cáncer terminal, con múltiples metástasis hepáticas, situación que lo llevaría a chocar con la percepción de que el fin de su vida había comenzado, dice en este sentido en su artículo “Mi propia vida”, publicado en *The New York Times* para esos días, que apoyándose en las reflexiones del gran empirista David Hume (a quien Sacks calificaría como su filósofo favorito), cuando recibió el diagnóstico que lo llevaría a su muerte, entendió: “Depende de mí ahora elegir cómo vivir los meses que me quedan. Tengo que vivir de la manera más rica, más profunda, más productiva que pueda”. Poco tiempo después, hacia agosto de 2015, falleció. Hoy, casi a un año de tan impactante pérdida, queda intacta su presencia, no sólo en la historia

de la ciencia sino más bien en nuestra cultura, espacio que este maestro de la experiencia ha construido aventurándose a apartarse de la simple retórica para conocer y enseñarnos sobre el mundo viviéndolo.///



# Una última pregunta

Fabián Triskier

El 16 de agosto de 2015, el New York Times publicó el último de los artículos de Oliver Sacks: Shabat. El Shabat es el sábado, el séptimo día de la semana, día que la tradición judía dedica a la reflexión y al recogimiento, evitando todo tipo de trabajo. Sacks escribió el artículo pocos días antes de su muerte, que sabía próxima:

**“La paz del Shabat, de un mundo que se ha detenido, un tiempo fuera del tiempo, era palpable, lo llenaba todo, y me vi inundado de añoranza, algo parecido a la nostalgia, mientras me preguntaba qué habría pasado: ¿y si esto y aquello y lo otro hubiesen sido de otra forma? ¿Qué clase de persona podría haber sido yo? ¿Qué clase de vida podría haber llevado?”.**

¿A qué haría referencia Oliver Sacks al escribir: ¿y si esto y aquello y lo otro hubiesen sido de otra forma? En una primera instancia, podría pensarse que se refería a su aparente abandono del vínculo con la religión y la tradición judía. El relato acerca del abandono de sus prácticas religiosas aparece en el mismo texto. Ocurrió luego de que su madre lo maldijera al enterarse de su homosexualidad: “¡Sos una abominación! ¡Ojalá no hubieras nacido!”. Según él mismo, “nunca más se volvió a mencionar el asunto, pero sus durísimas palabras me hicieron odiar la capacidad que tiene la religión para la intolerancia y la crueldad”. Sin embargo, en su autobiografía (En movimiento), Sacks justificó la reacción de su madre. No era

la religión la que habría motivado su ira sino la pesada carga de la enfermedad de su hermano Michael: “Yo me había convertido en “uno de esos”, una carga que agregar a la esquizofrenia de Michael”. La enfermedad del hermano inmediatamente mayor no sólo había sido desbastadora para su madre, también tuvo un profundo impacto en él mismo. “Nunca llegué a comprender ni a conocer realmente a mi hermano Michael, aun cuando era el más cercano a mí por su edad”, escribió en Tío Tungsteno, “parecía haber algo especial en él que no se me pasaba por alto (y quizás tampoco a los demás), aunque nos resultara difícil caracterizarlo y mucho más entenderlo...me daba miedo por él al pensar en la pesadilla que se le estaba convirtiendo en realidad, y más todavía al identificar pensamientos parecidos en mí mismo, aun cuando estuvieran ocultos, encerrados en lo más profundo de mí. ¿Qué le sucedería a Michael? ¿Me ocurriría a mí algo parecido?” En esa época, Oliver Sacks encontró adonde refugiarse para aliviar su sufrimiento. Desarrolló una profunda pasión por la ciencia: la física, la química y la mineralogía: “No es que Michael me fuera indiferente...pero tenía que mantenerme a distancia, crearme mi propio mundo a partir de la neutralidad y hermosura de la naturaleza a fin de no verme atraído al caos y la locura del suyo”. Oliver y Michael compartieron un período de su historia común que fue definido por Sacks como “la peor herida de su vida”. Probablemente su vida (y quizás la de Michael) hubiera sido diferente si las cosas hubieran sido de otra forma.

Año 1939. Comienzo de la Segunda Guerra Mundial. Las autoridades del Reino Unido aconsejan a las familias inglesas enviar a sus hijos fuera de las ciudades frente a los inminentes bombardeos. Los Sacks decidieron enviar a Oliver, de solo 6 años, junto con Michael, a una escuela en las afueras de la ciudad. La experiencia fue terrible para ambos: “a lo espantoso de la escuela se añadía la sensación de haber sido

abandonados por nuestras familias, de que nos habían dejado que nos pudriéramos en ese horrible lugar como inexplicable castigo por algo que habíamos hecho... la sensación imperante era de estar atrapado en Braefield, sin esperanza, sin recursos, para siempre. Y a muchos de nosotros, sospecho, nos afectó mucho estar allí". Oliver y Michael sufrieron silenciosamente el abuso y la violencia física del director de la escuela hasta el momento en que ésta se cerró. "Regresé a Londres en 1943, después de cuatro años de exilio. Tenía 10 años y era un niño retraído y en cierto modo emocionalmente inestable". Para Michael fue más grave. Continuó soportando en silencio agresiones físicas en la nueva escuela. Éstas solo fueron evidentes para la familia cuando una de sus tías, al ver la espalda de Michael al salir del baño, descubrió los numerosos moretones que tenía. Tiempo después, Michael padeció su primer episodio psicótico y ya todo sería diferente en el hogar de los Sacks. Oliver cursó estudios de medicina en Inglaterra y luego abandonó Europa hacia América. ¿Por qué decidió irse? En su autobiografía escribió: "Cuando me marché de Inglaterra recién cumplidos los 27, fue, entre otras razones para alejarme de mi trágico, desesperado y mal dirigido hermano. Pero también fue un intento de explorar la esquizofrenia y los trastornos afines del cerebro-mente en mis propios pacientes y a mi manera".

Oliver Sacks hizo su residencia en Los Angeles, California. En su autobiografía recuerda que cuando era residente en la UCLA: "la neurología y la psiquiatría se presentaban casi sin ninguna relación, pero cuando acabé la residencia y me encontré con la cruda realidad de mis pacientes, a menudo me di cuenta que tenía que ejercer tanto de psiquiatra como de neurólogo". Sin embargo, su identificación con la psiquiatría no parece haberlo llevado a explorar la esquizofrenia, salvo en muy contadas ocasiones. Su etapa californiana incluyó diferentes experiencias con sustancias psicoactivas que

lo llevaron a consultar a un psicoanalista. En una de sus sesiones, al recordar al hermano esquizofrénico, preguntó a su psicoanalista si él también lo era. “No”, le contestó. Entonces le preguntó “si era simplemente neurótico”. Su analista volvió a contestarle que no, lo que lo llevó a la siguiente confesión: “Lo dejé ahí, lo dejamos ahí y ahí quedó durante los últimos 49 años”. No fue la esquizofrenia el padecimiento mental al que Oliver Sacks terminó haciendo un gran aporte. Se dedicó a otros trastornos de la mente. El autismo fue uno de ellos.

En 1995, Oliver Sack dedicó su libro “Un antropólogo en Marte” a las siete personas que habían compartido sus vidas con él, no solamente por haber sido reflejados como casos clínicos en el libro sino reconociéndolos como verdaderos amigos. Dos de ellos, en orden de aparición, son autistas: el artista Stephen Wiltshire y la zoóloga y profesora en la Universidad de Colorado, Temple Grandin. No era esa la primera vez que el autismo ocupaba su atención y que lo llevaba a escribir. Ya lo había hecho en “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero”. También había asesorado a Dustin Hoffman para su composición de un adulto autista en “Rain Man”. Su experiencia clínica con pacientes autistas había comenzado en los años 70. Después de la muerte de su madre, Oliver Sacks consiguió un trabajo de medio tiempo en el Pabellón 23 del Hospital Estatal del Bronx. Muchos de los pacientes internados allí eran autistas. Entre ellos estaban los mellizos calculistas que retrató en “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero”. Sacks despreciaba profundamente los tratamientos conductuales en boga con sus premios y castigos tales como las celdas de aislamiento, la contención física y la restricción de alimentos. El recuerdo de su exilio infantil durante la guerra se le hacía presente y lo llevaba a identificarse con sus pacientes. Decidió hacer algo diferente a lo que presuntamente debía hacer y se dedicó a interactuar activamente con sus pacientes con el fin de “extraer de ellos todo su potencial positivo”. Trasladó su piano y una

mesa de billar a la sala y, como acostumbraba a hacer desde su primer libro, “Migraña”, comenzó a escribir pensando en un futuro libro. Se dedicó a jugar con los internados y a tocar el piano permitiendo que algunos pacientes bailaran. Sin embargo, su experiencia en el Bronx no terminó bien. Tuvo el atrevimiento de interrumpir el encierro de Steve, un paciente autista, y llevarlo a pasear, acompañado por un colega psicólogo, por el Jardín Botánico de New York. Durante ese paseo, escucharon hablar a Steve por primera vez para nombrar una flor. La osadía le costó muy caro. En la reunión del equipo profesional, Oliver Sacks fue acusado de obstaculizar los tratamientos de modificación de la conducta con sus propuestas lúdicas a los pacientes. Él no permaneció en silencio. Se defendió argumentando que esos tratamientos le parecían abusivos y sádicos. Días más tarde, su jefe le transmitió que había rumores referidos a conductas de abuso sexual con sus pacientes. Oliver Sacks se vio presionado a dejar su trabajo, no sin antes quemar los veinticuatro textos que había escrito durante su experiencia laboral.

Las personas que aparecen en “Un antropólogo en Marte” están lejos de ser pacientes como los que podían encontrarse internados en un hospital. Son personas que luchan y se adaptan a sus afecciones neurológicas, como otros que ya había retratado descripto en sus textos. Sin embargo, hay una diferencia. En este libro, sus “déficits” son fundamentales para sus vidas y además son considerados una fuente de originalidad y creatividad. No son reflejados como una deficiencia. Temple Grandin lo expresó de esta forma en una entrevista que Sacks le realizó en la universidad donde ella trabajaba: “Si pudiera chasquear los dedos y dejar de ser autista, no lo haría, pues entonces no sería yo”. También afirmó: “si los genes que causan estas enfermedades se eliminaran quizás acabaríamos pagando un precio terrible”. El encuentro con Temple Grandin llevó a Sacks a afirmar: “No hay dos au-

tistas iguales, su peculiar estilo o expresión es diferente en cada caso. Además puede existir una interacción más intrincada (y potencialmente creativa) entre los rasgos autistas y las demás cualidades del individuo. Así, mientras una rápida ojeada puede bastar para el diagnóstico clínico, si deseamos comprender al autista como individuo precisamos ni más ni menos que una biografía total”. Esta afirmación coincidía con una nueva visión acerca del autismo que comenzaría a difundirse entre los años 80-90. Ya no era considerada una entidad definida de manera monolítica, tal cual la había descrito Kanner, sino como un espectro. La presentación de personalidades tales como Temple Grandin, así como años antes había ocurrido con el éxito de Rain Man, colocaron al autismo en un lugar diferente en la conciencia general. Oliver Sacks tuvo un rol fundamental en esta tarea. Quizás no fuera ajena su presunción de ser él mismo integrante del espectro autista, ahora que sabía que no era ni sería esquizofrénico. En “Los ojos de la mente” escribió: “Creo que una parte importante de lo que se ha denominado mi “timidez”, mi “aislamiento”, mi ineptitud social”, mi “excentricidad” e incluso mi “síndrome de Asperger” es consecuencia de mi dificultad para reconocer las caras”. Sacks expone en ese libro su auto-diagnóstico de prosopagnosia que lo llevaba a “evitar los congresos, las fiestas y las grandes reuniones... me resulta más fácil reconocer a los perros de los vecinos que a los propios vecinos”. Sin embargo, reconocía en el mismo capítulo que, aun cuando no pudiera reconocer los rostros, era sensible a “su belleza y a sus expresiones”, como le ocurre a las personas con prosopagnosia. (En una llamada al pie, basándose en las dificultades para “leer” las caras de aquellos que sufrieron lesiones en la amígdala, Sacks aventuraría si eso no era lo que le sucede a los autistas y también se preguntaba si las dificultades sociales de los que padecen esquizofrenia no estarían dadas por la combinación de ambos fenómenos). La historia de autismo fue afectada por la misma guerra que llevó al matrimonio Sacks a enviar al “exilio” a sus dos hijos

menores. La partida de nacimiento oficial del autismo está fechada en 1943, el mismo año en el que Michael y Oliver retornaron a Londres. Esa es la historia oficial, pero hay otra historia que ha comenzado a develarse recientemente. Volviendo a la pregunta que leemos en Shabat: **¿y si esto y aquello y lo otro hubiesen sido de otra forma?**

Viena, 1943. Hans Asperger presenta su tesis en la Universidad de Viena. La universidad ya no es lo que había sido. Sus claustros fueron diezmados por las políticas de “arianización” de la ciencia llevadas a cabo por el régimen nazi. En la Facultad de Medicina solamente permanecían en sus puestos un 25% del cuerpo docente original. Algunos de los colegas más cercanos de Asperger habían tenido la fortuna de emigrar, pero muchos otros profesionales fueron y continuaban siendo masacrados en campos de concentración. En su tesis acerca de la “Psicopatía Autista en niños”, Asperger presenta cuatro casos escogidos entre los doscientos que habían sido evaluados en la “Clínica de niños” en la que venía trabajando desde hacía veinte años. En sus páginas destaca que a pesar de que todos los casos compartían un trastorno que les causaba severas dificultades en la integración social, en algunos casos éstas podían ser compensadas por “un alto nivel de pensamiento y experiencia personal” que podían llevar a esos niños a logros excepcionales en su vida adulta: “Es como si tuvieran habilidades extraordinarias que compensan sus deficiencias... Los niños autistas tienen la habilidad de ver cosas a su alrededor desde un nuevo punto de vista que en ocasiones muestran una sorprendente madurez. Esta habilidad, que permanecerá por toda la vida, podría, en los casos más favorables, llevarlos a importantes logros... encontramos numerosos individuos autistas entre distinguidos científicos.” Asperger reclamaba para ellos “un tratamiento educativo para seres humanos diferentes, que tenga en cuenta sus dificultades específicas y sus diferencias”, pudiendo así “ser capaces de desempeñar su papel en la sociedad, sobre todo si encuentran

una respuesta de amor, comprensión y guía”. Los conceptos de su tesis no eran nuevos en Viena. Habían sido expuestas por él en octubre de 1938, en la primera conferencia sobre el autismo (y probablemente, la primera en la historia). En esa ocasión, se había animado a afirmar “no todo lo que se sale de la línea y es entonces “anormal” debe ser considerado necesariamente como “inferior”. Sus ideas surgían del trabajo compartido con sus colegas en un espacio institucional atípico para la época, basado en las ideas de Erwin Lazar, centrado en la educación. Uno de sus principios era enseñar a los niños a poner a trabajar su peculiar inteligencia. Se ha dicho que Asperger no los consideraba sus pacientes sino, sus “pequeños profesores”. Su insistencia en procurar dispositivos educativos para esos niños es de destacar teniendo en cuenta el contexto histórico en que se encontraba. En la Viena de esos años, el tratamiento propiciado por el régimen imperante para las consideradas como anomalías infantiles era la eutanasia. En 1944, año de la publicación de su tesis, la clínica en donde Asperger había trabajado y desarrollado sus investigaciones fue bombardeada. Él no se encontraba allí en ese momento, había sido trasladado a Croacia como médico militar. Las bombas no solo derribaron los cimientos del edificio, sino también sepultaron sus historias clínicas junto a algunos de sus colegas y pacientes. Puede afirmarse que allí también quedó oculto, por décadas, la concepción del autismo como un “continuum” y como un evento que no era “tan raro” como se afirmaría posteriormente.

El primer libro de psiquiatría infantil en los Estados Unidos fue publicado por Leo Kanner en 1935 y se convirtió rápidamente en un éxito. Su autor había emigrado desde Berlín en 1924 y desde 1930 trabajaba en el Hospital Johns Hopkins a las órdenes del célebre Adolf Meyer. Kanner se sentía un privilegiado de ocupar ese puesto y construyó una carrera que le permitió convertirse en una referencia en una



disciplina naciente: la psiquiatría infantil. A partir del 1937, Kanner, conjuntamente con otros profesionales, se dedicó a facilitar la salida de Europa y su inserción en los estados Unidos a médicos y enfermeras judíos que huían del nazismo. Se calcula que participó en el rescate de al menos doscientos profesionales que, de no hacerlo, probablemente hubieran sido asesinados. Entre los que llegaron, algunos eran de Viena y se incorporaron a su equipo. Entre ellos se encontraba Georg Frankl, que había integrado el equipo de Asperger. En el año 1938, Kanner recibió la derivación de Donald, un niño que manifestaba una serie de conductas extrañas y una extraordinaria memoria. El proceso de diagnóstico de este niño y otros diez más le permitieron a Kanner publicar un trabajo en el año 1943 que definía un nuevo síndrome, el autismo infantil temprano, o como fue conocido por mucho tiempo, el “autismo de Kanner”. Su visión acerca del autismo se diferenciaba de la de Asperger en diversos aspectos: se centraba en los primeros años de vida y fijaba criterios de diagnóstico restringidos, muy lejos del concepto de un continuum. Además, inicialmente, estableció una etiología de tipo ambiental, signada por la falta de afecto de los padres, fundamentalmente de la madre (“la madre-heladera”). Donde Asperger veía una forma especial de inteligencia, Kanner postuló una búsqueda desesperada de afecto de los padres. Por años, la concepción de Kanner fue la que primó en la psiquiatría. Sólo a partir de las investigaciones de la psiquiatra británica Lorna Wing (madre a su vez de una hija autista) a fines de los 70 y la traducción de la tesis de Asperger al inglés, que realizó Uta Frith en los 90, comenzó a prestarse atención a las ideas de Asperger. Éstas se concretaron en la inclusión del trastorno que llevaba su nombre en la cuarta edición del DSM.

Desde hace años, la idea de espectro autista ha sido aceptada y hoy se encuentra incluida en la última edición del DSM. Coincidentemente, el concepto de la “neurodiversidad” hizo su aparición en escena, fundamentalmente con personas con autismo como sus principales portavoces. Para

ellos, condiciones tales como el autismo no deberían ser considerados enfermedades o disfuncionalidades, sino como un gradiente de variaciones cognitivas naturales. Además, consideran que han sido y son imprescindibles para el desarrollo de la tecnología y la cultura. En su visita a la Argentina el año pasado, Temple Grandin no titubeó al afirmar que el 50% de los científicos del MIT estarían dentro del espectro autista. Desde la neurodiversidad, no debería hablarse más de patologías sino de identidades, de formas de ser más que de poseer deficiencias. Los mismos autistas serían entonces los mejores intérpretes de sus conductas y no los profesionales que los tratan. Hasta la idea de cura del autismo podría ser a ser discutida, como lo esbozaba otra vez Grandin en una cita anterior.

El pensamiento de Oliver Sacks y sus apreciaciones sobre diferentes condiciones mentales y sobre el autismo en particular tienen puntos de encuentro con las afirmaciones de la neurodiversidad. Es de destacar que entre sus últimos textos, se encuentra el prólogo del libro de Steve Silverman, "Neurotribes", una suerte de historia del autismo, en el que la figura de Asperger y los sostenedores (¿militantes?) de la neurodiversidad tienen un espacio muy importante. Estas ideas vienen generando intensos debates y polémicas en la actualidad. Son criticadas desde los sectores más diversos y muchos las consideran un producto más de la postmodernidad. Sin embargo, algunas de las afirmaciones de Asperger, hace ya más de 70 años pueden resonar familiares a esta posición. Su pensamiento fue silenciado por muchos años. Su conducta respecto al régimen nazi todavía sigue siendo discutida y no fue ajena a que su nombre entrara o no en el DSM (por corto tiempo, el DSM IV ha excluido el trastorno con su nombre al incluir el espectro autista). La historia de las ciencias también puede someterse a las consideraciones de Oliver Sacks acerca de las posibilidades de que las cosas hubieran transcurrido de otra forma. Como en su vida, los efectos de la guerra tu-

vieron una influencia destacable en la historia y el desarrollo de los conocimientos sobre el autismo. Una historia que aún no ha terminado de escribirse.

Probablemente, Sacks haya intercalado la escritura del prólogo del libro de Silverman, a quien conocía durante años y con quien habían conversado largamente sobre el autismo, entre otros escritos. Entre ellos, seguramente estuvieron sus, hoy ineludibles, últimos artículos escritos para el New York Times, el último de los cuales fue "Shabat". Son textos que expresan, a manera de despedida de sus lectores, la celebración y el agradecimiento por la vida vivida. Textos de sus últimos días en los que, como durante toda su vida, Oliver Sacks no evitó hacerse la pregunta: **¿y si esto y aquello y lo otro hubiesen sido de otra forma?///**

# Autores

---

## **Marcelo Cetkovich Bakmas**

Médico Psiquiatra

Director, Dto de Psiquiatría, INECO

Jefe, Dto de Psiquiatría, Instituto de Neurociencias, Fundación Favalaro

Profesor Titular Dto de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favalaro.

## **Norma Derito**

Médica psiquiatra, médica legista, médica gerontóloga,

Docente adscripta UBA

Docente del curso centralizado para residentes de semiología y psicopatología,

Directora médica del Hospital Neuropsiquiátrico B. Moyano.

## **Sergio Halsband**

Médico Psiquiatra. Magister en Psiconeurofarmacología (Univ. Favalaro)

Profesor Titular de Psicofarmacología del Posgrado de APSA.

Presidente del Capítulo de Trastornos del Estado de Ánimo de APSA.

Presidente Honorario del Capítulo de Psicofarmacología de APSA.

Director de PROAPSI (Programa de Actualización en Psiquiatría).

## **Javier Fabrissin**

Médico especialista en psiquiatría.

Codirector de ATLAS

Docente y supervisor de la residencia de psiquiatría del SIPROSA.

[jfabrissin@gmail.com](mailto:jfabrissin@gmail.com)

## **Santiago Levin**

Médico, Especialista en Psiquiatría

Docente del Departamento de Salud Mental de la Universidad de Buenos Aires.

# Autores

---

## **Daniel Matusevich**

Medico Psiquiatra

Miembro del Capitulo de Historia y Epistemología de APSA

## **Federico Pavlovsky**

Médico psiquiatra, dispositivo de adicciones.

## **María Celeste Romero**

Médica psiquiatra, dispositivo de adicciones.

## **Laura Sobredo**

Médica especialista en psiquiatría, psicoanalista.

lausobredo@hotmail.com

## **Fabián Triskier**

Médico Psiquiatra

triskierf@gmail.com

## **Marcos Zurita**

Médico psiquiatra

Director Revista ATLAS

Vicepresidente del Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace de APSA

Supervisor de residencias de Salud Mental del GCBA y Provincia de Buenos Aires

Simpatizante no melancolizado del Club Atlético Huracán

mzurita@gmail.com

# Cierre

---

ATLAS 10 finaliza acá. Nos vemos el próximo número.

## SUSCRIPCIÓN

Si desean recibir en sus casillas de mails los números anteriores y los que seguirán, enviénnos un mail a **[maildeatlas@gmail.com](mailto:maildeatlas@gmail.com)** y encantados les cumpliremos ese deseo.

Ediciones anteriores disponibles en :  
[bibliotecaatlas.wordpress.com](http://bibliotecaatlas.wordpress.com)

