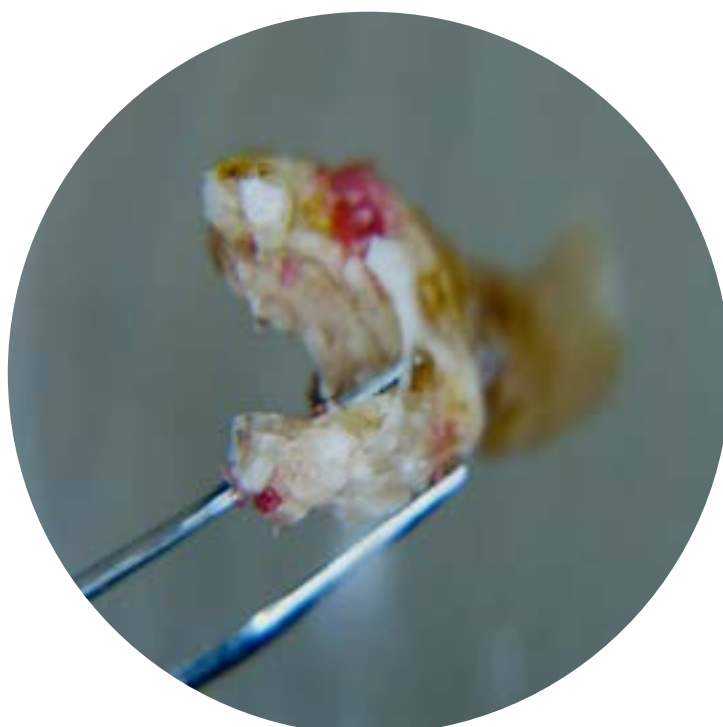


año 6 número 17/ abril 2019

ATLAS

17

otra revista de salud mental



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Este número de ATLAS no es un número más. Ninguno es un número más, pero éste es especial debido al contexto en el que sale: plantearnos la necesaria tarea de pensar nuestra práctica y nuestras teorías desde lugares diferentes de los establecidos.

Cada vez se hace más evidente que las respuestas del canon biológico han sido muy escasas para la cantidad de dinero que se invirtió en su investigación (no lo decimos nosotros, lo dijo Thomas Insel antes de dejar un surco de dólares malgastados en investigaciones sesgadas por las categorías caprichosas de los DSM y tirar la bomba de humo de los RDoC en busca de nuevos recursos]).

Los años pasan y la ciencia, que debería definirse por hacerse preguntas, es malinterpretada en nuestro medio como un puñado de verdades metidas de prepo entre las subjetividades. Dijimos subjetividades, sí. Somos una rama de la medicina, no de la botánica.

Con la capacidad de convencimiento de un marido mujeriego que jura que no lo va a volver hacer, la industria farmacéutica y sus colaboradores médicos, insisten en vender como soluciones totales apenas unos tristes resultados parciales.

No somos antipsiquiátricos. Creemos que los diagnósticos son construcciones móviles y condicionadas por el ambiente socio-cultural, sí, pero también que son útiles en muchos casos. En muchos otros no, claro. Entendemos el diagnóstico y tratamiento como un territorio de diálogo de saberes. Es lo lógico, es lo científico; por el contrario, cerrarse cerrarse en las propias verdades parciales sin dejar pasar la luz es dogma.

Empujados por la época y la especial coyuntura política que sacudió a los psiquiatras miembros de APSA, ideamos un

número que sirva como base para algo más grande: pensar nuestro lugar como psiquiatras entre los despojos del modelo biomédico, las estridencias caprichosas de la antipsiquiatría y la moral rancia positivista. Porque entre tanto escombros -o simplemente, estructuras defectuosas-, sigue existiendo la psiquiatría, sigue siendo posible la práctica de la psiquiatría clínica. Estos derrumbes sólo pueden intranquilizar a quienes afirman que la psiquiatría se respalda en evidencias incontrastables erigidas como verdades y en la promesa de que existe una vía regia que conduce al Conocimiento Total, que algún día llegaría. Por no mencionar que la psiquiatría es sólo otra disciplina más desde la cual comprender y acceder al sufrimiento subjetivo..

Una de las referentes que buscamos fue Joanna Moncrieff. Y así como en el primer número de ATLAS, hace cinco años, mandamos un mail a Germán Berrios y Berrios respondió, hicimos lo propio con Moncrieff y no sólo que nos contestó, sino que escribió un texto para nuestros lectores. ¿Por qué es tan interesante lo que dice Moncrieff? Lean y se darán cuenta.

“¿Alguien puede pensar en los niños?”, dice un chiste de red social. Bueno, tomamos esa pregunta e invitamos a Miguel Lares, un referente del psicoanálisis infantil, a escribir sobre la importancia del juego en el tratamiento de los niños. Esto fue motivado porque hemos escuchado en los congresos una posición rígida y muy poco científica con respecto a la clínica infantil. Por ejemplo, algunos referentes no tienen problema en decir que dan fármacos “off label” para medicar diagnósticos basados en sus sesgos pero no admitían el juego como parte del tratamiento. Una vez más: somos médicos, no botánicos. Tratamos con sujetos, no con la imagen ideal que proyectamos sobre ellos.

“¿Y de los abuelos no van a decir nada?”. Sí, claro. Daniel Matusevich escribió una guía de lectura sobre una aproximación más humana a las demencias.

“¿Y lo social?”. Para eso convocamos a Franco Ingrassia.

“¿Y los temas actuales?”. Ahí convocamos a Victor Paganó, profesor de filosofía, que trazó un recorrido ajustado e interesante sobre la cuestión de género.

“¿Y de...?”. La demanda puede ser infinita. Incluimos un recorrido por las preguntas sobre el tratamiento crónico con antipsicóticos y algunas cosas más pero las restricciones de espacio obligaron a dejar valiosos textos afuera, que serán parte del próximo número.

Sumario

Editorial	2
Joanna Moncrieff: presentación (Fabrissin)	6
El pasado y el futuro de la psiquiatría y sus fármacos (Moncrieff)	17
Una lengua bien hecha... y de frente. (Oliva)... ..	33
“De la Subjetivación Mariconista a la Sensibilidad como Política” (Gasque/Rousseaux).....	39
De cómo un psiquiatra inventó la ideología de género (Pagano).....	54
Pánico homosexual en la Argentina del ‘900 (Costa)	63
Las Puertas de Tannhäuser (Rousseaux)	83
Desafíos cognitivos: bibliografía alternativa (Matusевич)	87
Horizontes de la Clínica (Ingrassia).....	101
¿Qué tipo de psiquiatra es usted?	108
Juego e infancia (Miguel Lares)	113
La mirada de unos otros (Lizarraga)	122
Cierre	140

Foto de tapa: Muere Monstruo Muere
(Alejandro Fadel, 2019)

ATLAS Año 6 N° 17. Abril 2019 ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Ideas y Desrealiza-
ciones: Nicolás Alonso, Diego Costa, Laura Fernández, Natalia Fuertes, Marcos
Lizarraga, Nicolás Oliva, Andres Rousseaux. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Córdoba 1752 12 E C.A.B.A.

maildeatlas@gmail.com

Joanna Moncrieff: presentación

Javier Fabrissin

En este número tenemos el orgullo de publicar un texto que Joanna Moncrieff escribió en exclusiva para ATLAS. A continuación, un primer acercamiento para contextualizar la importancia de la colaboración.

1. Contactarse con ella

Resultó muy placentero y fácil tratar con Joanna Moncrieff. Le escribimos, ofreciéndole publicar un artículo en Atlas, al día siguiente nos dijo que sí, le especificamos un par de aspectos formales, nos volvió a decir que sí, y a las tres semanas teníamos el texto original. Cabe aclarar que no habíamos tenido contacto previo ni intermediario que facilitara la comunicación. Aun así, el intercambio fue muy amable -es decir, ella fue muy amable-, y se mostró accesiblemente dispuesta a colaborar con este texto. Las charlas o entrevistas que de ella hay en youtube reflejan una actitud afable, tranquila, y un hablar que es deleite de todo aquel que quiera practicar su inglés, dado que su dicción y entonación hacen que sea sencillo entender lo que dice.

2. ¿De qué lado de la psiquiatría está?

Si fuera cierto que la psiquiatría se divide entre una psiquiatría biológica y una antipsiquiatría, entonces Moncrieff

sería ubicada en esta última. Por suerte, excepto para quienes precisen satisfacer ese modo maniqueo y pueril de definir las cosas y aferrarse a categorías dicotómicas que sirven más para excluir que para incluir, la psiquiatría es sustancialmente más compleja y plural. Entonces, concibiendo una psiquiatría desde una perspectiva no simplista, que aloja diferentes discursos que pueden portar, cada uno de ellos, alguna verdad o utilidad o sentido, la lectura de la obra de Moncrieff pasa a ser enriquecedora para la Psiquiatría toda. Su crítica problematiza varios aspectos que fundamentan gran parte de la psiquiatría actual. Al leerla, uno puede sentir que tiemblan los cimientos de la práctica de todos los días; o bien que todo lo que dice está profusamente sesgado y, por lo tanto, carente de valor; o que sirve como analizador de lo que uno hace y piensa, e incorporándolo al pensamiento reflexivo, cuando uno dice estar haciendo psiquiatría. Elegimos esta última opción: no hace falta estar completamente de acuerdo con todo lo que dice para poder apreciar sus aportes, se puede discrepar parcial o totalmente y no por ello sus textos pierden valor a la hora de examinar analíticamente lo que hacemos en nuestra práctica y a qué constructos nos apegamos.

3. Un artículo escrito por dos psiquiatras biológicos

Al tiempo de escribir estas líneas se publica un artículo en el JAMA Psychiatry titulado *The Challenges and Opportunities of Small Effects. The New Normal in Academic Psychiatry* (algo así como “Los desafíos y las oportunidades de los efectos de pequeño tamaño. La nueva normalidad en la Psiquiatría Académica”), escrito por Paulus y Thompson. El título puede resultar algo anodino; el desarrollo, por el contrario, bastante interesante; y algunas conclusiones, decididamente contundentes.

1) “Al igual que los hallazgos provenientes de la genética, los abordajes neurocientíficos que utilizan imagenología cere-

bral están comenzando a mostrar que la variabilidad estructural y funcional de las imágenes cerebrales sólo dan cuenta de un pequeño porcentaje de la varianza explicada cuando se considera una variedad de fenotipos clínicos, especialmente cuando se trata de grandes muestras representativas de la población.”

2) “Hay evidencia de que la asociación entre la variación individual en los síntomas auto-evaluados y el desempeño conductual en tareas neurocognitivas es débil. Además, muchas tareas conductuales muestran una confiabilidad test-retest limitada [...] Da la impresión de que la experiencia individual de una persona con una patología mental [...] no es abordada adecuadamente por las pruebas conductuales actualmente disponibles.”

3) [...] Un tamaño de efecto pequeño hace improbable que un trastorno psiquiátrico pueda ser explicado por teorías uni u oligocausales. [...] Como consecuencia, hay una baja probabilidad de que exista un único proceso genérico de enfermedad para un grupo de trastornos psiquiátricos o una vía final común para una patología individual”.

4) “En este punto, estamos ante un precipicio: nuestros modelos explicativos son lamentablemente insuficientes, y nuestros abordajes predictivos no han alcanzado un nivel de predicción individual que pueda ser usado por los clínicos.”

En el último párrafo del artículo los autores afirman que “aun así, hay espacio para tener esperanza”. ¿Se puede, entonces, compatibilizar una perspectiva opaca acerca del estado de la psiquiatría y sus avances (técnicos, diagnósticos, farmacológicos), una perspectiva crítica respecto de aquellas características que se supone que posicionan la especialidad como científica, como médica (vale decir, que los tratamientos psicofarmacológicos funcionan, que ciertos correlatos neurobiológicos maridan consustancialmente con los fenómenos clínicos, etc.), con una postura optimista? ¿Acaso se trata de cazar alguno de esos vectores, el que encaja mejor con nuestra mirada psiquiátrica, y emplazarlo como tótem que guíe, defienda y,

sobre todo, obstruya o estreche la visión de todo lo que no se ajuste a él? ¿Acaso se puede seguir siendo psiquiatra después de leer con atención la maraña confusa de la evidencia científica, de las estadísticas, de los papers y las investigaciones? Sí, podemos leer el artículo de Paulus y Thompson y no desesperar, que, justamente, las críticas matizan, suavizan, construyen criterio y, por qué no, alivian, aligeran el ideal de efectividad que puede pesar sobre los tratamientos. Los artículos de Moncrieff ayudan a pensar la práctica, en especial en esos momentos en que uno se pregunta por qué un paciente no responde a la medicación, por qué la medicación no se comporta con los pacientes como lo hacen en las fotos de las publicidades o en la boca de los speakers.

4. (Auto)Biografía oficial de Joanna Moncrieff

Extraída de su página web: joannamoncrieff.com

Estudié medicina en la Universidad de Newcastle upon Tyne (Nota: el lema de la Universidad es “Las cosas que hacemos aquí hacen la diferencia allá afuera”, aplausos), graduándome en 1989. Me capacité en psiquiatría en Londres y en la Región Sudeste, en los años 1990. Durante los años previos a graduarme investigué sobre los temores de los padres acerca del abuso de sustancias y durante mi curso de formación en psiquiatría trabajé en un ensayo clínico estudiando el uso de la naltrexona en personas con problemas de alcoholismo. También investigué acerca de la prevalencia del antecedente de abuso sexual entre las personas que concurren a servicios de tratamiento del alcoholismo. Tomé mi puesto actual (Departamento de ciencias de la salud mental, División de psiquiatría, University College London, London) en el 2011. Durante 10 años fui médica especialista en una unidad de internación de rehabilitación psiquiátrica, ayudando a pacientes con severos y crónicos problemas de salud mental. En los últimos 3 años estuve en varios servicios de salud mental comunitarios

en North East London. Enseño e investigo en la University College London.

Soy uno de los miembros fundadores y co-presidente de la Critical Psychiatry Network (<https://joannamoncrieff.com/critical-psychiatry-network/>). Ésta consiste en un grupo de psiquiatras de todo el mundo, escépticos de la idea de que los trastornos mentales son simplemente enfermedades del cerebro y de la predominancia de la industria farmacéutica.

5. Conociendo a Joanna Moncrieff a través de los libros que eligió como significativos para su vida y obra

En “10 libros” (The British Journal of Psychiatry, 2016), Moncrieff traza un mapa de lecturas que funciona como complemento y compañía a sus puntos de vista (técnico e ideológico, podríamos decir), pero que también da cuenta de su propio recorrido, de su conformación conceptual. Dice la autora: “Escribir este ensayo de los diez libros fue increíblemente disfrutable y sorprendentemente útil para clarificar mis ideas. Antes de escribirlo no tenía idea de que mis gustos fueran tan consistentes -¡algunos podrían decir predecibles!”.

Némesis médica: la expropiación de la salud (Ivan Illich)

El Capital (Karl Marx)

Investigaciones filosóficas (Ludwig Wittgenstein)

Ideología y enfermedad mental (Thomas Szasz)

Historia de la locura en la Época Clásica (Michel Foucault)

Brain Disabling Treatments in Psychiatry [Tratamientos psiquiátricos que discapacitan el cerebro] (Peter Breggin)

La Sala Número 6 (Anton Chekhov)

Mary Barton (Elizabeth Gaskell)

Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease [Fabricando la Depresión: la historia secreta de una enfermedad moderna] (Gary Greenberg)

Tuve problemas en llegar a Solla Sollew (Dr. Seuss)

6. Entendiendo a Joanna Moncrieff a través de sus publicaciones

Puede resultar bastante simple aprehender las preocupaciones y los intereses de un autor si se ponen en serie sus publicaciones. Esto sucede con Moncrieff, quien fue construyendo una línea bien definida respecto de su posicionamiento, de sus recurrencias. Al enumerar los títulos de sus libros publicados o de sus artículos científicos, se puede advertir muy fácilmente qué es lo que quiere decir, qué busca transmitir, cuál es el rumbo de sus investigaciones y, por qué no, de su ambición. Particularmente en los títulos de sus papers, se podría trazar una distinción entre:

Textos que discuten aspectos epistemológicos de la clínica y de los tratamientos. Ejemplos: The creation of the concept of an antidepressant: an historical analysis // Schizophrenia: a critical psychiatry perspective // Psychiatry beyond the current paradigm // Psychiatric drug promotion and the politics of neo-liberalism // Magic bullets for mental disorders: the emergence of the concept of an “antipsychotic” drug.

Textos que discuten aspectos metodológicos y estadísticos de los ensayos clínicos. Ejemplos: Misrepresenting harms in antidepressant trials // Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressant-placebo differences // A critical analysis of recent data on the long-term outcome of antipsychotic treatment // Recruitment and retention strategies in mental health trials - A systematic review // What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants? // Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressant trials // Naturalistic treatment study of depression in general practice // Lithium revisited. A re-examination of the placebo-controlled trials of lithium prophylaxis in manic-depressive disorder // Antidepressant prescribing and suicide: Analysis is misleading.

Textos que discuten aspectos farmacológicos y fisiopatológicos. Ejemplos: Inconclusive Evidence in Support of the Dopamine Hypothesis of Psychosis: Why Neurobiological Research Must Consider Medication Use, Adjust for Important Confounders, Choose Stringent Comparators, and Use Larger Samples // Against the stream: Antidepressants are not antidepressants - an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants // Antidepressants: misnamed and misrepresented // Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs // Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink? // Questioning the 'neuroprotective' hypothesis: does drug treatment prevent brain damage in early psychosis or schizophrenia? // A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume // A critique of the dopamine hypothesis of schizophrenia and psychosis // Rethinking models of psychotropic drug action.

7. Sus libros publicados

Moncrieff J. (2008) *The Myth of the Chemical Cure.*

Moncrieff J. (2009) *A Straight Talking Introduction to Psychiatric Drugs.* (Hablando Claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos, 2013)

Rapley M, Moncrieff J and Dillon J. (2011) *Demedicalising Misery.*

Moncrieff J. (2013) *The Bitterest Pills: the troubling story of antipsychotic drugs.*

8. Los 12 mejores títulos de sus artículos indexados en Pubmed

Algunos títulos, seguramente por su longitud, recuerdan a

ciertos títulos de las canciones de The Smiths/Morrissey; otros títulos, preferidos, causan gracia por la yuxtaposición entre la pregunta, estilo retórico de uso habitual en los artículos científicos, y la contundente respuesta que le sigue a esa pregunta, ahí, en el mismo título, sin rodeos.

-Why is it so difficult to stop psychiatric drug treatment? It may be nothing to do with the original problem. (¿Por qué es tan difícil dejar un tratamiento con psicofármacos? Puede que no tenga nada que ver con el problema original)

-Double blind random bluff. (El verso de los estudios doble-ciego randomizados)

-The medicalisation of “ups and downs”: the marketing of the new bipolar disorder. (La medicalización de las subidas y las bajadas: el mercadeo del nuevo trastorno bipolar)

-The pharmaceutical industry and disease mongering. Psychiatry should not accept so much commercial sponsorship. (La industria farmacéutica y la promoción de la enfermedad. La psiquiatría no debería aceptar tanto apoyo comercial)

-Drop the language of disorder. (Dejen de hablar de trastornos)

-They won't do any harm and might do some good': time to think again on the use of antidepressants? (No harán ningún daño y pueden hacer algo de bueno: ¿momento de repensar el uso de los antidepresivos?)

-Co-opting psychiatry: the alliance between academic psychiatry and the pharmaceutical industry. (Cooptando la psiquiatría: la alianza entre la psiquiatría académica y la industria farmacéutica)

-Clinical trials and the response rate illusion. (Ensayos clínicos y la ilusión del índice de respuesta)

-Is ADHD a valid diagnosis in adults? No. (¿Es el TDA un diagnóstico válido en adultos? No)

-Are antidepressants as effective as claimed? No, they are not effective at all. (¿Son los antidepresivos tan efectivos como dicen? No, no lo son para nada)

-Selective serotonin reuptake inhibitors: evidence base for

older antidepressants is shaky too. (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: la base de evidencia para los antidepresivos más antiguos también es floja)

-Do antidepressants cure or create abnormal brain states? (¿Los antidepresivos curan o crean estados cerebrales anormales?)

9. ¿La Ideología por encima de la evidencia?: una polémica

Jauhar y Young (BJPsych Bull, 2018) publican en la sección Correspondencia del British Journal of Psychiatry un texto donde antagonizan con un artículo de Moncrieff, llamado “Los antidepresivos no son antidepresivos”. Los autores afirman, respecto de dicho artículo que “En su narrativa, la Dra. Moncrieff realiza algunas aseveraciones acerca de la enfermedad depresiva, los antidepresivos y los psicofármacos. Sus puntos principales son que estos medicamentos no son clínicamente efectivos cuando se los valora según escalas de puntuación clínica, y que los modelos propuestos respecto del mecanismo de acción de los antidepresivos están equivocados. Nosotros sugerimos que esta narrativa refleja una ideología, la cual se opone a la evidencia, y por lo tanto debería ser interpretada teniendo en cuenta esta salvedad”.

El artículo de Moncrieff, como dijimos, es “Against the stream: Antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants” (BjPsych Bull. 2018) es un paper cortito, donde sintetiza su posición sobre, claro, los antidepresivos, y en el que se puede percibir hacia dónde va leyendo el resumen: “Aunque los antidepresivos son considerados un tratamiento efectivo y específico, apenas son superiores al placebo en los ensayos randomizados, y las diferencias probablemente no sean clínicamente relevantes. La comprensión convencional del mecanismo de acción de un fármaco centrada en la enfermedad considera que los antidepresivos actúan sobre procesos

cerebrales subyacentes, pero una mirada alternativa centrada en el fármaco, sugiere que se trata de sustancias psicoactivas que modifican la conducta y los estados mentales normales. Estas alteraciones, tales como el adormecimiento emocional, pueden reducir los sentimientos de depresión y, además, crean efectos placebo amplificados en los ensayos randomizados. Los pacientes deberían ser informados de que no hay evidencia de que los antidepresivos funcionan corrigiendo un desbalance químico, de que los antidepresivos tienen efectos que alteran la mente, y que la evidencia sugiere que no producen un beneficio perceptible al ser comparados contra el placebo.”

Jauhar y Young continúan diciendo: “El resto de la narrativa gira en torno a los modelos ‘centrados en la enfermedad’ de los trastornos mentales, planteando una alternativa al abordaje actual de los psicofármacos como ‘medicamentos que apuntan a una anomalía cerebral’. No estamos al tanto de que la psiquiatría moderna se base en los modelos de neurotransmisores que ella plantea; el campo de la psiquiatría avanzó significativamente, y la mayoría de los neurocientíficos apuntarían hacia modelos más matizados que involucran también efectos sobre las redes neuronales y la plasticidad. Las referencias predominantes citadas por la Dra. Moncrieff son sus propias hipótesis. En resumen, nosotros sugerimos que la narrativa de la Dra. Moncrieff es, en el mejor de los casos, selectiva, y a través de un examen superficial, el esfuerzo por abordar la literatura en una manera científicamente objetiva es escaso. Uno no puede evitar asumir que este artículo de opinión da cuenta de la ideología por encima de la evidencia y, por lo tanto, cualquier interpretación debería ser cautelosa.”

Hasta aquí lo que los autores manifiestan. El contrapunto es interesante y representativo de un debate que excede a los participantes de este intercambio, por cuanto expresa la polarización entre dos extremos: los de la confianza y la desconfianza en la evidencia como un todo. En su respuesta a la réplica de Jauhar y Young, Moncrieff dice: “Suelo ser acusada de emplear la ideología, de ser selectiva, de no ser ecuánime o

de ser polémica. No lo tomo como una ofensa personal, pero es importante señalar que es una táctica muy útil cuando se quiere cerrar la posibilidad de debate. Se saca provecho de la autoridad de la ciencia para presentar el punto de vista de uno como neutral, objetivo y creíble, y el del otro como interesado y no confiable.” (Agregaríamos a la réplica de Moncrieff que la ideología, o alguna variante de ella, también se cuela aún en la más aséptica prueba científica y que puede ser un gran inconveniente no ser concientes de ello.)

Pareciera que se habla desde la existencia de una evidencia mainstream y otra alternativa, desde una división entre acólitos y réprobos, tangentes que al prolongarse se distancian más.

El pasado y el futuro de la psiquiatría y sus fármacos

Joanna Moncrieff

Joanna Moncrieff aceptó el pedido de ATLAS de escribir sobre el futuro de nuestra disciplina.

Me siento encantada de poder contribuir sobre mi propio trabajo en este número de Atlas. Me sirvió como un interesante estímulo para reflexionar acerca de mis ideas en torno de lo que los tratamientos farmacológicos suponen para el futuro de la psiquiatría y, más ampliamente, para el cuidado de las personas a las que se clasifica con un “problema de salud mental”.

Las implicancias de las teorías sobre los mecanismos de acción de los fármacos

Mi teoría acerca del mecanismo de acción de los fármacos es, por una parte, obvia e innegable; pero, por otra, desafía profundamente a la psiquiatría oficial y sus asunciones sobre de la naturaleza de los trastornos mentales y cómo éstos deberían ser tratados. No se puede negar que los psicofármacos producen una alteración del normal funcionamiento mental y físico, ni que interactúan con las conductas, expresiones y sentimientos a los que llamamos trastornos mentales. Esto es lo que di en llamar el modelo del mecanismo de acción “centrado en el fármaco”. Si aceptamos que esto es, al menos, plausible, desafía el modelo actualmente aceptado del meca-

nismo de acción “centrado en la patología”, el cual sugiere que los psicofármacos funcionan porque modifican mecanismos biológicos subyacentes involucrados en la producción de los síntomas de los trastornos mentales (Moncrieff, 2008, Moncrieff & Cohen, 2005).

Los efectos de los fármacos prescritos en psiquiatría varían considerablemente y algunos son más intensos que otros. La mayoría de las personas que toman una dosis de haloperidol pueden sentir bastante rápidamente las alteraciones que dicho fármaco produce; sin embargo, los efectos producidos por un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), por ejemplo, son más sutiles. Una interesante propiedad de las sustancias que alteran la mente (*mind-altering substances*) es que las personas no siempre llegan a apreciar o dar cuenta de los cambios que experimentan mientras están bajo la influencia del fármaco. Para poner un ejemplo, en el fascinante estudio de David Healy acerca de los efectos del droperidol en voluntarios sanos, las personas sólo fueron capaces de describir las complejas alteraciones emocionales y cognitivas que experimentaron luego de que los efectos del fármaco se disiparon (Healy & Farquhar, 1998).

Las vías características en que fármacos como los neurolépticos modifican el pensamiento, la emoción y la conducta fueron bien acogidas por los primeros psiquiatras que los prescribieron, quienes incluso reconocieron que eran estas mismas alteraciones las que producían los efectos beneficiosos de los fármacos en las personas que presentaban un cuadro de agitación o que estaban alteradas por otras razones. Como remarcó el psiquiatra francés Pierre Deniker, los fármacos que disminuyen la respuesta de las personas a su entorno, en general, pueden producir que las personas que atraviesan un estado psicótico pierdan interés en sus preocupaciones delirantes (Deniker, 1960).

Este modelo del ‘mecanismo de acción centrado en el fármaco’ fue prontamente abandonado, no debido a una evidencia irrefutable en favor del modelo del ‘mecanismo de acción centrado en la enfermedad’ sino porque era contradictorio con la manera en que los psiquiatras pretendían ser considerados y con la manera que esperaban que fuera su propia práctica. Los psiquiatras estuvieron siempre profundamente inseguros acerca de su lugar como médicos. A medida que, durante el siglo XX, la medicina general comenzó a descubrir tratamientos efectivos y específicos para las enfermedades, fue siendo cada vez más importante también para los psiquiatras presentarse con tratamientos sofisticados que apuntaran a los mecanismos biológicos subyacentes (Moncrieff, 2008). La idea de que los fármacos corrigen defectos biológicos subyacentes es una de las justificaciones más robustas para afirmar que los trastornos mentales provienen del cerebro o del cuerpo, tal como las otras enfermedades de la medicina. La evidencia concreta de una asociación causal entre las variaciones biológicas y los síntomas de los trastornos mentales es escasa, o, en el mejor de los casos, no concluyente. Por lo tanto, si se objeta la idea de que los fármacos tienen por blanco una enfermedad subyacente o un mecanismo de producción de síntomas, se hace difícil sostener la noción de que los trastornos mentales son similares a las “enfermedades médicas” y, así, asimilar la práctica de la psiquiatría a aquella de la medicina.

Aunque el modelo del ‘mecanismo de acción centrado en el fármaco’ desafía la noción de que los trastornos mentales son análogos a las enfermedades de la medicina, no niega la utilidad de las intervenciones farmacológicas ni de otras formas del conocimiento médico. El modelo centrado en el fármaco sugiere que las alteraciones que algunos fármacos producen pueden ser útiles para suprimir, en ciertas situaciones, las manifestaciones del malestar mental. De hecho, este abordaje exige un mejor conocimiento de la psicofarmacología del que la mayoría de los psiquiatras actualmente poseen. Requiere

de un entendimiento amplio de la fenomenología de las alteraciones inducidas por el fármaco y cómo éstas interactúan con diferentes formas de malestar y con las alteraciones del comportamiento, tanto como un conocimiento detallado de los resultados de las investigaciones sobre efectividad y todas las complicaciones posibles que un tratamiento farmacológico puede acarrear.

Los trastornos mentales entendidos como un conjunto de problemas sociales

Hemos sido tan adoctrinados en la idea de que los trastornos mentales se localizan en las personas, al igual que cualquier otra enfermedad de la medicina, que es a menudo difícil, incluso para los pensadores más críticos, pararse por fuera de este paradigma. Pero los trastornos mentales no se identifican dentro de un individuo como podría ocurrir con las enfermedades del cuerpo. Los trastornos mentales son problemas de los grupos o unidades sociales. Muy a menudo pensamos sólo en el estado emocional de una persona, sea que esté deprimido o ansioso, por ejemplo, pero no solemos pensar qué expectativas u obligaciones sociales esa persona no estaría cumpliendo que hace que su estado emocional sea problemático para sí misma y para los demás. De igual manera, cuando a una persona se le diagnostica esquizofrenia, enfocamos sobre sus creencias inusuales más que en la forma que éstas impactan en su habilidad para desenvolverse en el mundo.

Los estudios históricos, sin embargo, revelan cómo los problemas de la salud mental son problemas de la comunidad. La atención psiquiátrica moderna, junto con el marco legislativo que la rodea, emergió a partir de los mecanismos dispuestos por las comunidades para mantener el orden social y proveer de atención a los ciudadanos. Antes de que fueran introducidos los sistemas legales formales, las sociedades antiguas, como la

Inglaterra Anglosajona, tenía modos informales de mantener la seguridad y el orden de la comunidad, de dispensar justicia y cuidados de aquellos que estaban enfermos y discapacitados (Dershowitz, 1974). En Inglaterra y Europa, las instituciones religiosas tuvieron un rol en la provisión de cuidados y sustento para aquellos que no podían proveérselos a sí mismos. Con la disolución de los monasterios, bajo el régimen de Enrique VIII, se introdujo en Inglaterra un nuevo sistema estatal de bienestar social llamado las “Leyes de Pobres” (Poor Laws). Estas leyes, que fueron periódicamente actualizadas a lo largo de los siglos sucesivos, planteaban que las comunidades locales tenían la obligación de cuidar a sus pobres y necesitados y de ayudar a salvaguardar la seguridad de la comunidad en su conjunto. Los miembros de una familia podían solicitar comida y vestimenta a los oficiales de la Ley de pobres en caso que la cosecha fallara, o si alguna otra catástrofe implicaba que se vieran imposibilitados de mantenerse, incluyendo situaciones en las cuales el sostén de la familia quedara discapacitado debido a un problema mental. Si una familia fuera incapaz de cuidar al individuo en cuestión, los oficiales de la Ley de pobres podían disponer que otros miembros de la comunidad local le proveyera de los cuidados. Si la seguridad de la comunidad estuviera amenazada, el individuo era alojado en algún lugar seguro, a menudo la prisión más próxima en caso que no se pudiese encontrar otra solución (Rushton, 1988). Las personas en mejor situación económica se las arreglaba a su manera, ya que no podían solicitar los recursos del estado.

En los siglos siguientes, las Leyes de pobres proveyeron el marco dentro del cual las personas que no contaran con bienes propios fueran cuidadas si es que no podían hacerlo por sí mismas. Aunque la mayoría de las personas permanecían en sus propios hogares, y recibían ayuda o asistencia social conocida como “socorro puertas afuera” (outdoor relief), instituciones como las Casas de los Pobres y las Casas de Trabajo (Workhouses) fueron aumentando para dar alojamiento a aquellas

personas carenciadas que no tenían su casa propia o que no podían ser mantenidos en su hogar familiar. Estudiosos como Michel Foucault y Andrew Scull documentaron cómo los asilos mentales y la práctica de la psiquiatría emergieron a partir de estas instituciones, ofreciendo asistencia supuestamente especializada para aquello que estuvieran muy incapacitados o fueran lo suficientemente disruptivos para ser manejados en las mal financiadas y brutalmente administradas Casas de Trabajo Victorianas (Foucault, 1965; Scull, 1993). Los asilos continuaron con las funciones duales del Sistema de la Ley de pobres, proveyendo atención para quienes no podían hacerlo para sí mismos y manteniendo segura a la comunidad, resguardándola de los individuos que se comportaban de una manera amenazante o disruptiva, pero que estuvieran demasiado perturbados mentalmente para hacerlos sujetos de los dictados de la ley criminal.

La atención moderna de la salud mental

Cuando miramos la historia de la atención psiquiátrica de esta manera, podemos ver que el sistema moderno cumple las mismas funciones sociales. Detrás de la fachada de tratar una patología médica individual, lo que el sistema provee es atención para aquellos que no son capaces de cuidarse a sí mismos, y contención y vigilancia de aquellos que representan una amenaza para la paz o la seguridad de la comunidad pero que no pueden ser abordados desde el sistema de la ley criminal debido a la falta de racionalidad o de juicio.

Como en los días pre-Victorianos, gran parte de este sistema opera actualmente por fuera de las instituciones concretas que existen para contener a las personas más severamente perturbadas. El estado gasta considerables recursos para asistir a las personas que no pueden procurárselos mediante pagos por enfermedad y discapacidad, sea por depresión, ansiedad

u otros “trastornos mentales comunes”. El hecho de que estos gastos se hayan incrementado, y más rápidamente que los pagos por otras patologías médicas, a pesar del gran incremento en la disponibilidad de tratamientos, sugiere no sólo que estos tratamientos son inefectivos, sino también que se desviaron del punto (Viola & Moncrieff, 2016). Lo que el sistema público provee es dinero y asistencia para aquellos que no pueden hacerlo por sí mismos, sea de manera temporal o permanente.

De igual modo, la idea de que las personas diagnosticadas de esquizofrenia o “trastorno bipolar” tienen una enfermedad, brinda la justificación para encerrarlos contra su voluntad y para cambiar a la fuerza su conducta con el uso de fármacos, como si todo este proceso fuera igual de controvertido que tratar una neumonía un cáncer de pulmón. Algunas personas estarán agradecidas de que se hayan tomado medidas para contener su conducta cuando no estaban “bien de la cabeza”; pero otros nunca verán el mundo del modo que otro lo ven, y para estas personas “tratamiento” significa una modificación forzada de sus conducta en función del interés de mantener la paz social, a menudo al largo plazo.

El sistema actual, construido como está, sobre la proclama no justificada de que los trastornos mentales son como cualquier otra enfermedad médica, sirve a la útil función de mantener temas potencialmente controvertidos fuera del debate público. Del mismo modo que los contribuyentes de antes se quejaban de que los desembolsos destinados a los “inmerecidos” pobres suponían un aprovechamiento de los beneficios previstos por la Ley de pobres, hoy en día, las personas pueden sentirse molestas de que sus impuestos sean destinados para subsidiar a individuos que parecen estar físicamente aptos para ganarse el sustento. También el Estado, ocasionalmente se alarma ante la extensión de los costos del bienestar social y efectúa esfuerzos tentativos, de tanto en tanto, para dominar los gastos destinados a la discapacidad, pero no puede, a la vez,

permitirse prescindir del sistema. Los beneficios para la enfermedad y la discapacidad en el mundo occidental son pagados principalmente por quienes se estratifican dentro de las clases sociales que realizan trabajos físicos (manual social clases), para quienes, en las últimas décadas, han ido desapareciendo los puestos de trabajos confiables y decentemente pagados. Este grupo social es el precio que el capitalismo occidental paga por la tercerización de los trabajos no calificados y de la industria pesada en los países en vías de desarrollo donde el trabajo es más barato. Este proceso dejó a su paso comunidades devastadas, totalmente desmoralizadas e inseguras, y esto es lo que se rotula como depresión y ansiedad, por lo que los integrantes de esas comunidades pueden sentirse emocionalmente aliviadas usando antidepresivos químicos, y, así, cualquier desafío al sistema como un todo es sofocado antes de siquiera haber podido ser planteado.

El futuro: una comprensión alternativa a los problemas mentales

El futuro de la psiquiatría está, por lo tanto, íntimamente entrelazado con el futuro de la sociedad entera. En tanto la sociedad precise de un mito para mantener la paz y manejar los trastornos y el descontento, entonces continuará floreciendo un sistema que fomente la idea que la enfermedad mental es una patología cerebral y que el tratamiento para ésta es un sofisticado proceso médico. Las personas se pueden beneficiar del apoyo financiero que el sistema actual ofrece ante la falta de oportunidades de condiciones más satisfactorias de vida, pero también pueden ser dañadas por la implicancia de considerar que tienen una falla biológica y que están crónicamente afectados, que sus problemas están más allá de su control y que los químicos tóxicos representan una solución simple y benigna.

Aceptar que un trastorno mental no es una enfermedad sino simplemente la forma en que algunas personas son o terminan siendo, no solía ser una idea particularmente radical. Adolf Meyer, el más importante psiquiatra norteamericano de mediados del siglo XX, sugería que lo que llamamos enfermedad mental podría ser pensado como la forma mediante la cuales algunas personas responden al mundo que los rodea y a los desafíos que les propone (Meyer, 1948). Algunas formas de reacción ante el mundo pueden ser, o pueden parecer de acuerdo a estándares convencionales, contraproducentes, pero aun así pueden ser genuinas y significativas. Meyer reflejaba la influencia del psicoanálisis, pero pensadores y especialistas de muchas otras tradiciones también describieron los trastornos mentales como una respuesta significativa a los desafíos de la vida, o simplemente como “formas de ser humano” (Jenner et al., 1993) que no son fundamentalmente diferentes de las formas de conductas comunes y más habituales.

Si entendemos a los trastornos mentales de esta manera, ¿cómo deberíamos nosotros, como sociedad, responder? ¿Cómo podemos ayudar a las personas cuyas conductas les causan malestar y cómo debería la sociedad reaccionar ante las personas cuyas conductas producen daño o problemas a otros miembros de esa comunidad? ¿Qué rol, si es que hay alguno, deberían tener los psiquiatras en un sistema alternativo?

Ayudando a las personas a cambiar

Si concebimos la enfermedad mental como una reacción a ciertas circunstancias vitales, entonces la primera pregunta que debemos hacernos es qué de nuestra sociedad actual lleva a que muchas personas se sientan ansiosas o descontentas o no puedan manejar las exigencias que se les hacen. Los trastornos mentales pueden, a menudo, ser vistos de una manera útil como una “señal para cambiar”, una indicación de que algo

está mal, ya sea con la naturaleza de la sociedad entera o con la forma de vida actual de un individuo. Trabajos inseguros, inequidades económicas, carencias de oportunidades significativas de compromiso social cobran peaje en el bienestar emocional de las personas. También las personas que se encuentren en situaciones más ventajosas pueden estar bajo inmensa presión para desempeñarse y ser competentes, para trabajar largas horas y sacrificar el tiempo que podrían destinar hacia actividades personalmente más gratificantes. La solución a tanto malestar mental de hoy en día no es retocando la química cerebral o las inclinaciones cognitivas sino mediante una presión política para crear una sociedad que provea de oportunidades accesibles para cada uno que dé por resultado la posibilidad de tener una vida más segura y reconfortante.

Sin embargo, a veces, las reacciones y las conductas de una persona parecen ser parte del problema. Hay muchas formas de poder ayudar a las personas a cambiar. Tradicionalmente las personas se volcaban hacia su familia, amigos, colegas o líderes religiosos en busca de una guía sobre cómo manejarse y cómo abordar los obstáculos y desafíos de la vida. Más recientemente, las personas recurren a profesionales, incluyendo terapeutas y consejeros. Los fármacos que producen alteraciones mentales son otra técnica común y perdurable para modificar el propio estado emocional y conductual. Por milenios, las personas han usado drogas como el alcohol y el opio para apagar el dolor, la preocupación y la tristeza. Por lo demás, es bastante obvio que las drogas son útiles para esta clase de situaciones si son consumidas al largo plazo.

Muchos de nosotros tomamos un trago, una o dos veces, cuando pasamos por una situación traumática o cuando estamos intentando manejar una crisis vital, y pudimos haber experimentado que esa intoxicación nos aporta un alivio temporario a nuestra preocupación. Sin embargo, pocas personas pensarían que el consumo de alcohol de forma crónica

es una solución sensible a cualquier problema emocional o a problemas personales. De hecho, sólo tenemos que mirar a las personas que tienen problemas de adicción a drogas como el alcohol o la heroína para ver cómo el uso de drogas para combatir las dificultades personales se puede convertir en un problema en sí mismo. Estar bajo la influencia de una sustancia que adormece la preocupación y la tristeza hace que las personas sean menos capaces de aprender otras técnicas para manejar las emociones y arreglárselas en el mundo, y previene que las personas puedan abordar el problema de base. Bajo la influencia de algo que disminuya la sensibilidad y las reacciones, las personas pueden ser capaces de afrontar más fácilmente el aburrimiento y la frustración y tolerar relaciones dificultosas, no satisfactorias o incluso abusivas.

No hay duda, si observamos las publicidades de las décadas de 1950 y 1960, que fármacos como las benzodiacepinas eran ampliamente prescritas para acallar el descontento, especialmente el de las mujeres.

Pero los antidepresivos modernos como la Fluoxetina (Prozac) son presentados de una forma completamente diferente. Se los presenta como un tratamiento que apunta a la enfermedad, como algo que funciona porque rectifica un desbalance químico subyacente, no porque ponen a las personas en un estado de apatía inducida por el fármaco. Esta forma de promocionar los antidepresivos encubre sus propiedades que alteran la mente (*mind-altering properties*). Aunque la mayoría de los ISRS tienen débiles efectos psicoactivos, sí inducen sutiles estados de desapego o adormecimiento emocional (Goldsmith & Moncrieff, 2011). Las personas manifiestan que les es difícil llorar, por ejemplo, y que no son capaces de sentirse particularmente tristes o contentos. Por lo tanto, parece que, aunque de forma menos evidente que sus predecesores, los antidepresivos modernos pueden también ayudar a que las personas se acomoden a circunstancias adversas que

no podrían, de otra manera, tolerar. Aunque los datos de los ensayos clínicos controlados y randomizados no demostraron convincentemente que los antidepresivos son mejores que el placebo (Moncrieff, 2018), estos efectos pueden, teóricamente, proveer algún alivio al corto plazo. Sin embargo, esta especie de supresión de los sentimientos y las reacciones no parece ser probable que ayude a las personas a manejar los desafíos de la vida de manera efectiva al largo plazo, y pueden ayudar a perpetuar aquellas situaciones iniciales que llevaron a que las personas se sintieran descontentas.

Hoy día, los psiquiatras se encuentran con muchas personas que están luchando con circunstancias difíciles, como divorcios, desempleo, deudas o sentimientos de falta de sentido y orientación en la vida. Los psiquiatras, como cualquier otro profesional, pueden ayudar a que las personas sopesen los pros y contras de usar diferentes estrategias para dar respuesta a sus dificultades particulares, incluyendo la consideración de uso de fármacos que alteran la mente. Primero, sin embargo, deben desacostumbrar a las personas de la idea de que tienen un trastorno del cerebro que requiere el uso de una droga para corregir. Entonces, pueden empezar una conversación acerca de la verdadera naturaleza de los problemas y cómo pueden ser más efectivamente resueltos o manejados. Los psiquiatras pueden discutir honestamente con las personas sobre la posibilidad de emplear sustancias que alteran la mente para modificar y suprimir reacciones emocionales, reconociendo la limitada evidencia que respalda la utilidad de esta estrategia, los riesgos que acarrearán y pueden compartir el conocimiento acumulado de las experiencias de otras personas.

Forzando a las personas para que cambien

¿Y qué hay con esas personas cuyo comportamiento está más severamente alterado o es disruptivo para los demás? Es

probable que los fármacos sedativos, de la clase que sea, aplaquen los comportamientos agitados o agresivos y, en mi experiencia, los fármacos antipsicóticos ayudan a disminuir las preocupaciones y el involucramiento emocional del paciente respecto de las experiencias psicóticas. A menudo esto permite que la persona se inserte de nuevo en otras actividades, que pueda mirar hacia afuera de nuevo, de una forma que no le era posible mientras estaba con los síntomas psicóticos. Deberíamos, sin embargo, tener presente que el modo en que se alcanza este efecto es al costo de atemperar el interés y la motivación de esa persona, y que eso, además de las serias complicaciones físicas que entraña el uso de los antipsicóticos a largo plazo, es un alto precio por pagar para alcanzar una normalidad relativa. Peter Wescott, una persona que tomó antipsicóticos, escribió en el *British Medical Journal*, “para perder mis periodos de locura tuve que pagar con mi alma” (Wescott, 1979).

Tenemos que reconocer que el tratamiento de las personas con trastornos mentales entraña una modificación conductual, no un tratamiento médico. Les estamos dando a las personas fármacos que modifican su estado mental y el comportamiento manifiesto, no para revertir una enfermedad subyacente o una anormalidad biológica. Si esto se hace en contra del deseo del individuo, se trata de una situación excepcional que requiere de fuertes salvaguardas y de un análisis permanente para asegurar que está adecuadamente justificado.

Necesitamos estar bastante seguros, por lo tanto, que un tratamiento forzado es completamente necesario y que no se dispone de alternativas posibles. Aun así, sabemos que algunas personas pueden recuperarse naturalmente de la psicosis sin fármacos y que pueden tener un buen pronóstico al largo plazo (Bola & Mosher, 2003, Wunderink et al., 2013). Un apoyo social no intrusivo y actividades para mantener cierto apego con el mundo parecerían ser útiles en esta situación, aunque se requiera más investigación al respecto (Cooper et al, submi-

tted). Necesitamos contar con dispositivos, por lo tanto, que permitan que las personas sean tratadas sin antipsicóticos, si esto es lo que quieren, y dejar de depender de los antipsicóticos luego de que se hayan recuperado del episodio por el cual éstos fueron indicados. No se trata de un sueño utópico –en 2015, Noruega promulgó una ley que obliga la creación de dichos dispositivos (Whitaker, 2017). Aunque puedan ser caros en el corto plazo, es probable que los costos de mantener personas permanentemente afectadas por los efectos de los antipsicóticos sean mayores en el largo plazo, incluso si se trata de una pequeña proporción de personas las que puedan ser ayudadas a evitar el uso crónico de fármacos.

En los casos en que las personas permanezcan en estados psicóticos agudos por largos periodos, pienso que, entonces, debería intentarse el tratamiento con antipsicóticos, a menudo aunque sea en contra del deseo del individuo. Esta decisión, sin embargo, no debería ser una decisión médica. Imponerse al deseo de un individuo, en este contexto, debería implicar una decisión legal, donde la evidencia de los beneficios y los daños para el individuo, su familia y la sociedad sean todos puestos en la balanza. Debe también quedar sujeto a un escrutinio legal permanente.

El uso de fármacos potencialmente dañinos requiere de personal que tenga algún tipo de pericia médica y farmacológica, por lo que los psiquiatras pueden tener participación en este escenario. Lo importante, sin embargo, es un reconocimiento de la real naturaleza de la actividad; que “tratamiento” en este caso involucra una modificación forzada de la conducta, a menudo principalmente siguiendo el interés de otras personas más que del individuo afectado, lo que es, en última instancia, una actividad socialmente impulsada y no una actividad médica.

Si tales cambios a nuestro modo actual de abordaje de los

trastornos mentales tendrán lugar, depende de si la sociedad está dispuesta a confrontar la complejidad de dar respuesta de una manera más transparente a la enorme variedad de dificultades sociales que actualmente amontonamos bajo la etiqueta de trastorno mental, o si, en cambio, se preferirá seguir bariendo todo esto bajo la alfombra médica. Mientras tanto, los psiquiatras con una postura crítica pueden continuar la difícil tarea de intentar tener un diálogo honesto con los pacientes, dentro de un contexto de comprensión de los problemas que ha sido construido para disfrazar la verdad.

Referencias:

Bola, J. R. & Mosher, L. R. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *J. Nerv. Ment. Dis.* 191, 219-229.

Cooper, R., Laxham, N., Crellin, N., Moncrieff, J. & Priebe, S. (submitted) Psychosocial Interventions for People Experiencing Psychosis on Minimal or No Antipsychotic Medication: A Systematic Review. Submitted to *British Journal of Psychiatry*, under review.

Deniker, P. (1960). Experimental neurological syndromes and the new drug therapies in psychiatry. *Compr. Psychiatry* 1, 92-102.

Dershowitz, A. (1974). The origins of preventive confinement in Anglo-American law, Part I. *University of Cincinnati Law Review* 43, 1-60.

Foucault, M. (1965). *Madness and Civilisation*. New York: Random House Inc.

Goldsmith, L. & Moncrieff, J. (2011). The psychoactive effects of antidepressants and their association with suicidality. *Curr. Drug Saf* 6, 115-121.

Healy, D. & Farquhar, G. (1998). Immediate effects of droperidol. *Hum. Psychopharmacol.* 13, 113-120.

Jenner, F. A., Monteiro, A. C. D., Zagalo-Cardoso, J. A. & Cunha-Oliveira, J. A. (1993). *Schizophrenia: A Disease or Some Ways of Being Human*. Sheffield: Sheffield Academic

Press.

Lehmann, H. E. & Kline, N. S. (1983). Discoveries in Pharmacology, Volume 1, edited by M. J. Parnham & J. Bruinvels, pp. 209-247. London: Elsevier Science Publishers B.V.

Meyer, A. (1948). The commonsense psychiatry of Dr Adolf Meyer. New York: McGraw Hill.

Moncrieff, J. (2008). The Myth of the Chemical Cure: a critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke, Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.

Moncrieff, J. (2018). What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol Psychiatr Sci* 27, 430-432.

Moncrieff, J. & Cohen, D. (2005). Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychother. Psychosom.* 74, 145-153.

Rushton, P. (1988). Lunatics and idiots: mental disability, the community, and the Poor Law in North-East England, 1600–1800. *Medical History* 32, 34-50.

Scull, A. (1993). *The Most Solitary of Afflictions*. New Haven: Yale University Press.

Viola, S. & Moncrieff, J. (2016). Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. *BJPsych Open* 2, 18-24.

Wescott, P. (1979). One man's schizophrenic illness. *Br. Med. J.* 1, 989-990.

Whitaker, R. (2017). The door to a revolution in psychiatry cracks open, Vol. 2019: Mad in America Inc.

Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S. & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 70, 913-920.

Una lengua bien hecha... y de frente.

Nicolás Oliva

Dentro de la serie de perfiles de psiquiatras protagonistas de este tiempo que comenzamos con Thomas Insel en el número anterior, ofrecemos a continuación un acercamiento a la obra de nuestra invitada estrella.

Investigación y clínica

Que los textos de psiquiatría, en especial de psicofarmacología, pintan paisajes repletos de condicionales, hipótesis dubitativas y aclaraciones de incertidumbres varias (quizás, se sugiere, sería, se cree, se piensa que, posiblemente esté relacionado con, etc) es algo que sorprende en los inicios de la formación como psiquiatra pero luego se torna habitual. A la par los manuales, las guías de tratamiento y las revistas principales se cubren de una monocromía y de una jerga sofisticada que, muchas veces, puede llegar a ser somnífera.

Eso, que de tan repetido hace que pase desapercibido, a Joanna Moncrieff le genera diversas preguntas sobre las bases del conocimiento clínico, los diagnósticos y, sobre todo, los tratamientos farmacológicos. Sus publicaciones irrumpen en esta calma chicha y captan la atención.

Moncrieff es una investigadora pero también una psiquiatra clínica, con una vasta producción reflejada en sus publicaciones. Nos centraremos en lo desarrollado en su libro “Ha-

blando Claro. Una Introducción a los Fármacos Psiquiátricos” , ya que es allí donde condensa los argumentos de una de sus propuestas clínicas y para la investigación.

Dónde está el centro

“Hablando claro” fue la traducción del título de su libro, pero quizás hubiese sido mejor algo así como hablando sin rodeos, sin vueltas, de manera directa. Moncrieff invita a pensar la psicofarmacología de una manera distinta, a partir de una serie de cuestionamientos al modelo imperante que denomina “Centrado en la Enfermedad”. Si se me permite la simplificación, su contribución puede ser resumida con el siguiente esquema: como no conocemos de manera científica la etiología ni la fisiopatología de las enfermedades mentales tampoco podemos afirmar que los psicofármacos ejercen su efecto terapéutico modificando las/algún tipo de alteraciones subyacentes. Ante esta falta de conocimientos sólidos, sí contamos con elementos para decir que los psicofármacos son agentes psicoactivos, y que su funcionamiento y uso en psiquiatría sería a través del “estado de intoxicación anormal” (sic) que generan. A modo de ejemplo, señala al histórico uso del alcohol para “tratar los síntomas” de la ansiedad social.

A esta propuesta la llama “Modelo centrado en el fármaco”, y menciona que antes del inicio del uso de psicofármacos/ de la psicofarmacología moderna, a mediados del s. XX, se utilizaba dicho modelo.

Casi como realizando un trabajo de disección, Moncrieff va separando y analizando uno a uno los aspectos que, a su criterio, dejan en evidencia la flaqueza conceptual del modelo centrado en la enfermedad. Las bases de las hipótesis fisiopatológicas de los padecimientos mentales, los criterios clínicos diagnósticos, las metodologías de los estudios controlados y randomizados (tanto en los criterios para los diagnósticos como para evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos), el rol de la industria farmacéutica en las investigacio-

nes, el efecto a largo plazo del uso de psicofármacos; son los diversos puntos que la autora pone bajo la lupa para los casos puntuales de los neurolépticos, los antidepresivos, el litio, los psicoestimulantes y las benzodiazepinas, entre otros.

A partir de eso, concretamente, plantea que “necesitamos, en primer lugar, estudios con voluntarios, esto es, con personas sin problemas psiquiátricos, que permitan a los investigadores caracterizar los efectos globales inducidos por el fármaco. En estos estudios se requerirán descripciones de cómo les afectan los fármacos, facilitadas por los propios voluntarios y por amigos y familiares que los conozcan bien. Necesitamos saber qué se siente al tomar el fármaco, cómo afecta éste a la activación mental, a otros procesos mentales y a las reacciones emocionales. También hará falta información sobre qué efectos ejercen los medicamentos sobre otras funciones del cuerpo, como la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y los niveles de varias hormonas. Necesitamos esa información sobre períodos largos de uso, ya que sabemos que los efectos de los fármacos tras cierto tiempo de ingesta pueden ser diferentes a cuando se toman solo una o dos veces. Es también importante que a las personas que hayan tomado el fármaco se les dé la oportunidad de relatar qué sintieron al ingerirlo y tras dejarlo. Algunas veces las personas piensan que están funcionando bien con un fármaco, y solo se dan cuenta de lo afectados que estaban realmente al interrumpirlo y mirar atrás.” Además señala elementos para tener presentes al momento de la prescripción del psicofármaco y para mejorar el vínculo con el paciente, así como para pensar estrategias para interrumpir la indicación psicofarmacológica.

Valor de uso

Moncrieff propone herramientas clínicas alternativas para afinar y mejorar la investigación. Moncrieff no desarrolla sus

aportes desde el refugio de una falsa posición a-teórica y eso es un valor en sí.

Tampoco es ingenua, se pregunta por qué el modelo centrado en la enfermedad fue y es tan dominante en el campo de la psiquiatría con todos los límites que le conocemos. Su respuesta contiene dos elementos principales; por un lado, la adopción por parte de la psiquiatría del modelo centrado en la enfermedad le permitió acercarse al resto de las especialidades médicas, con el prestigio simbólico y remunerativo que esto conlleva. Al mismo tiempo, resalta y ha estudiado en diversas publicaciones el rol activo de la industria farmacéutica en esta cuestión.

Nuestra disciplina cuenta con un acervo conceptual y de praxis que permiten entender mejor la complejidad del estar en el mundo de un sujeto, es una disciplina que fue tomando aportes de otras ciencias, es una especialidad híbrida. Teniendo presente que para otras especialidades médicas el modelo reduccionista uni-causal también cruje y trastabilla, ¿no es momento de que nuestra disciplina busque su brillo en dicho cúmulo de conocimientos en vez de borrar lo propio para asimilarse a una medicina en crisis?

Otra valiosa característica de sus aportes es que no expone sus ideas en sitios donde su palabra se ahogue sin repercusión alguna. Por el contrario, se preocupa por que sus propuestas y conceptos lleguen, sean oídos, generen polémicas, sin escaparle al debate con referentes reconocidos acerca de estas temáticas. A modo de ejemplo, con el objetivo de evaluar si los fármacos antipsicóticos pueden tener un efecto negativo sobre el curso clínico de la esquizofrenia a largo plazo se reunió a un panel de expertos en farmacología antipsicótica, neuroimágenes y neuropatología (Goff D., 2017) para revisar la evidencia pre-clínica y clínica al respecto. En el estudio, los autores realizan una serie de preguntas: ¿cuál es la evidencia clínica de que el tratamiento inicial con antipsicóticos afecta los resultados a largo plazo?, ¿cuál es la evidencia desde las neuroimágenes y de los estudios pre-clínicos de que los antipsicóticos son “neuro-

tóxicos” o “neuroprotectores”?, ¿cuál es la evidencia de estudios preclínicos y clínicos con respecto a la posible sensibilización de la dopamina relacionada con antipsicóticos?, y ¿cuál es la evidencia clínica de que el tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos afecta los resultados a largo plazo? Lo interesante es que dentro de los artículos que los integrantes del panel de expertos señalan que han despertado estas preguntas se encuentra la publicación “Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink?” (Moncrieff, 2015). Asimismo, el año pasado la revista de la WPA (V. 16, N°2) dedica la sección FÓRUM a esta misma temática y, una vez más, el trabajo de Moncrieff con sus preguntas y críticas es citado (Correll, 2018).

Plus

Así, Moncrieff, aun con todas las resistencias que incita con sus provocadores conceptos, estimula la reflexión sobre la psiquiatría, incluyendo a quienes podrían considerarse sus adversarios teóricos. Pero, además, podríamos decir que con sus publicaciones e intervenciones públicas, realiza cierta micropolítica psiquiátrica, por así decirlo, ya que no queda encandilada en una contienda con las luminarias de la disciplina sino que, da la impresión, le preocupa transmitir sus ideas en espacios o a niveles más pequeños, de influencia mediática o científica menor. En tal sentido, con lo bueno y lo malo que esto pueda tener, podríamos decir que Moncrieff es una militante de sus ideas. Bastante tiempo atrás, Phillipe Chaslin se preguntaba (y lo pretendía) si la psiquiatría era una lengua bien hecha, creo que, entre tantos otros, Moncrieff contribuye en tan difícil tarea. Y agrega un plus, lo hace de frente.

Goff DC, et al. The Long-Term Effects of Antipsychotic Medication on Clinical Course in Schizophrenia. *AJP in Advance* (2017) (doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16091016)

Correll CU, Rubio JM, Kane JM. ¿Cuál es el cociente riesgo-beneficio del tratamiento antipsicótico a largo plazo en personas con esquizofrenia? *World Psychiatry* 2018;17:149-60.

Moncrieff J. (2009) *A Straight Talking Introduction to Psychiatric Drugs*. (Hablando Claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos, 2013) Herder Editorial, Barcelona.

Moncrieff J: Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? *PLoS Med* 2015; 12:e1001861

“De la Subjetivación Mariconista a la Sensibilidad como Política”

Andrés Rousseaux
Cecilia Gasque

El apasionante mundo de las subjetividades

Estar de acuerdo por no disentir, es estar a la moda

Los autores de las siguientes líneas no están totalmente de acuerdo en todas las ideas que intentarán expresar y analizar. Y en realidad tampoco tienen muchas ganas de estar de acuerdo en todo, porque justamente el texto va un poco de eso. De ver cuán tolerantes somos con las alteridades, si es que siempre debemos serlo, y tanto en un caso como en el otro, tener una idea del por qué. En eso sí concuerdan lxs autores.

Revisar la propia posición es la única manera en la que se puede ejercer una praxis que se pretenda vigente. Aquello que genera justamente vigencia tiene que ver con historizar y actualizar las prácticas y los discursos a la luz de la era que nos circunda y nos atraviesa. Esto que puede sonar a una verdad de perogrullo es un ejercicio imprescindible, en especial cuando algo de los cambios de época nos genera resistencias. Y es que, pasado determinado tiempo de ejercer profesionalmente, es probable que unx pase a defender el corpus de lo instituido

de la marea de lo instituyente. Dicho esto con pesar, ya que hasta los espíritus revolucionarios tienen sus dificultades a la hora de incorporar revoluciones ajenas. Ahora bien, este desfasaje, puede interpelar no sólo nuestros marcos teóricos, no sólo a nuestras categorías diagnósticas, sino a nosotros como sujetos. El problema es cuando resistimos esta interpelación y comenzamos a usar nuestros marcos teóricos como parapetos defensivos, y nuestras categorías diagnósticas como etiquetas tranquilizadoras que sostienen un statu quo y al diferente del otro lado del escritorio, dentro de nuestros manuales. Podemos entonces respirar aliviados, nuestra subjetividad ha sido protegida de estos incómodos embates, pero exudamos la nostalgia de reconocer que algo ya no será igual, una vez que fue puesto en cuestión.

Sujetos y subjetividades

De esto no nos libramos ni siquiera quienes escribimos estas líneas —acaso provocativas—. Sin embargo, conscientes de que nuestra propia raigambre conservadora se ha visto sacudida, hemos intentado mantenerla indemne a través del humor y otros artilugios. De hecho, motivaron todos nuestros devaneos un curioso acuerdo que tuvimos respecto a lo que dimos en llamar “subjetivación mariconista” a cierto modo actual de habilitar una mayor sensibilidad respecto de otros momentos históricos, que incluso ha llegado a resultarnos excesiva (siempre midiendo con nuestra vara de lo instituido). Encontramos por allí unas palabras ad hoc, en las que encontramos un eco de nuestro hallazgo clínico (cínico, tal vez?): “estamos ante una generación de gente emocionalmente débil, todo debe ser suavizado porque es ofensivo, incluida la verdad”. Mariconista, desde esta perspectiva, sería una existencia a medias, tibia, temerosa, moderada, de umbrales muy bajos de dolor, de escasa tolerancia a la frustración, devotos de la premisa de “soltar” como respuesta automática (de la cual les

es muy difícil soltarse), una inclinación a aferrarse al “lo vamos viendo” para no tener que comprometer la palabra por más de dos minutos y quedar atrapado en la identidad cristalizada de ser el que acuda a una cita un viernes a las 14.

Ahora bien, queda claro que, por muy pormenorizada y sagaz que haya intentado ser nuestra observación y clasificación... no estábamos hablando en serio. Sólo haciendo gala del machismo que nos habita.

Otros autores han versado sobre el tema utilizando un término políticamente más correcto —pero menos ocurrenciente— que es el de “infantilización”. Esta perspectiva — que sí tiene pretensión científica o al menos académica— hace especial énfasis en el presunto déficit de esta nueva configuración respecto a modos de estructurar la subjetividad de momentos anteriores. Se insiste en el uso de “se pierde la capacidad de... carecen de la habilidad de...” y demás ademanes apocalípticos que alertan a los psicopatólogos —los profesionales y los de oficio— respecto de lo preocupante que resulta esta nueva forma de encarar el mundo.

En fin. Ya sea por la vía del humor maligno o por la de la “objetividad”, la pregunta por el status que cobra la sensibilidad en esta época parece atravesar a más de un observador de la conducta humana. Entonces, ateniéndonos principalmente a la sensibilidad como punta del ovillo, ubicamos este interrogante: ¿qué diferencias imprime cada época al modo de subjetivar? ¿qué lugar para la sensibilidad en cada era?

De modo muy sucinto, podemos advertir que la sensibilidad ha tenido una consideración muy fluctuante en cada momento histórico. Por mencionar algunos, podemos tomar como punto de referencia el contexto posterior al último conflicto bélico mundial, en el que se puede ver cómo la expresión emocional es sofocada dado que no se la connotaba como un

rasgo adaptativo, si acaso alguien quería sobrevivir al horror. Se produce un momento de liberación entre los años 1960-1970, que rápidamente es absorbido y nuevamente reprimido; entre 1980 y 1990 la generación X (nacidos en la etapa anterior) demuestra que se puede subsistir en el mundo con apatía.

No hay que dejar de decir que los derroteros que ha sufrido la sensibilidad en su ponderación han tenido mucho que ver con la estigmatización que ha sufrido por parte del patriarcado. Al establecer atributos de lo femenino y lo masculino, no lo hizo desde una simple diferenciación, sino desde una jerarquización, una relación de poder entre ambas. Así, constituyó la sumisión, la pleitesía, el decoro y demás greatest hits de la moral victoriana como ideales de la mujer “bien”. O bien, sus figuras de degradación: Puta, Loca, Bruja, Malamadre, etc. De lo cual se deducen todas las operaciones de inhibición de capacidades y potencialidades de las mujeres a efectos de garantizar esta asimetría y obediencia al estándar. Ahora bien, como diría Débora Tajar: “No hay que confundir la inhibición ancestral de la maldad con bondad”.

Advertimos entonces que, con respecto a la sensibilidad, se ejerció una curiosa torsión. Por un lado, se la consideró como un rasgo deseable a la hora de designarle —unilateralmente— a la mujer las tareas de cuidado. Pero a su vez, a la hora de brindarle voz y voto en la mesa chica de la toma de las decisiones “importantes”, se la desacreditó, deslegitimándola, o bien, se la romantizó y se la excluyó de la pertinencia en el campo de lo “práctico y sensato”. Y una cosa más: al haber quedado del lado de lo femenino —el menos en la jerarquía— se peyorizó la sensibilidad en los varones y se diseñaron insultos disciplinadores ad hoc: putito, maricón, etc.

De la peyorización a la patologización

Ahora bien, si tan sólo de un par de insultos se tratase,

quizás no estaríamos tan preocupados. La cuestión es el punto al que ha llegado el narcisismo de las pequeñas diferencias, que tocó a los discursos hegemónicos e hizo de ellos amplificadores del mensaje, y luego, Instituciones de La Verdad. Uno de los instrumentos principales de estos discursos ha sido el concepto de “evidencia científica”, como punto conclusivo e irrefutable para dar cuenta de un determinado fenómeno. Ahora bien, en salud mental vale la pena al menos poner a discusión la construcción de esa evidencia y aquello que se nomina como “observable”. Si la construcción de patologías ha sido históricamente armada en relación a la “evidencia científica”, ¿qué cambió entonces? ¿La evidencia? ¿O el consenso social, la connotación respecto a la interpretación de ese “observable”? Incluso, ¿por qué dar por sentado que todx científicx ha sido ateuico, apolítico, heterosexual o mejor aún asexuado, para garantizar todos los “a” necesarios para la mayor objetividad? Si analizamos la historia, si hay un lenguaje que ha sido excluyente, patologizante de la alteridad, ha sido el lenguaje psi.

Si jalamos de nuestro ovillo, vemos que una de las formas en las que la sensibilidad se ha patologizado, es incluyéndola en una de las categorías diagnósticas más estigmatizantes de la historia de la psicopatología: la homosexualidad.

Veamos un poco este recorrido:

Érase una vez que la homosexualidad estaba incluida en los manuales de psiquiatría como un trastorno mental más, una alteración de la conducta, pasible de tratamiento. La relación con la sexualidad propiamente dicha ha recorrido un camino que alterna periodos de exhibición con otros de total ocultamiento y represión. Para que surjan los mismos, sujetos propios del campo de la psiquiatría, se constituyeron a partir de tres elementos fundamentales.

El monstruo humano, noción jurídica, de la leyes de la sociedad y la naturaleza. Figuras a medio ser, entre humano y

bestia (edad media), individualidades dobles (apreciadas en el renacimiento) y de los hermafroditas (propios del siglo XVII y XVIII). Lo que hace que un monstruo humano no sea un monstruo no es únicamente la excepción con la forma de la especie, es el trastorno a nivel jurídico (matrimonio, leyes de sucesión), generando una excepción de naturaleza y la infracción al derecho, generando instituciones parajudiciales y secundariamente médicas. Los actos monstruosos suscitan la aparición de la noción de individuo peligroso para la sociedad.

El individuo a corregir, concepto históricamente más reciente que el monstruo. Aparece junto con la introducción de la metodología de disciplina (ejército, escuelas, y la propia familia). Los sujetos que no responden a la domesticación corporal pasan a ser socialmente incorregibles. La prohibición es la medida judicial por la cual se descalifica al sujeto como sujeto de derechos, para luego ser reemplazado por técnicas y procedimientos que intentan poner en el marco social a los que resisten la domesticación y la corrección de los incorregibles. Se genera el encierro del siglo XVIII, el cual excluye y funciona al margen de las leyes, pero se justifica por la necesidad de corregir.

El onanista, figura del siglo XVIII, aparece junto a las nuevas relaciones que se generan entre la sexualidad y la organización familiar, donde aparece el cuerpo sexual del niño y se reivindica la importancia atribuida al cuerpo con respecto a la salud. Tiene sus orígenes en el conjunto de técnicas de dirección de conciencia, que apuntaban al control de la carne. Se inicia una cruzada contra la masturbación, a fin de proteger el cuerpo productivo industrial del cuerpo del placer individual, en particular de las familias pudientes. Se advierte que el uso sexual del cuerpo puede generar una serie de padecimientos físicos. El niño se vuelve responsable de su propio cuerpo y su propia vida, y si abusa de su sexualidad, es una denuncia hacia los padres, los verdaderos culpables. Se plantea la necesi-

dad de solidificar los vínculos padre-madre-hijos, inversión de las obligaciones familiares, la aparición del principio de salud como ley fundamental de los lazos familiares, que viene acompañado de un control y un conocimiento médico externo que arbitra y regula la nueva función de vigilancia de los padres.

Cada uno de estos tres elementos fue encontrando su campo de saber específico: los monstruos fueron tomados por la embriología y la teratología; el incorregible fue englobado en una psicofisiología de las sensaciones, la motricidad y las aptitudes; por último, el onanista en la teoría de la sexualidad.

No obstante, estos tres elementos sirvieron para la construcción de la teoría de la degeneración que durante más de medio siglo sirvió de marco teórico, como así de justificación social y moral, a todas las técnicas de señalamiento, clasificación e intervención referidas a los anormales. Genera el ordenamiento de una red institucional, en los límites entre la medicina y la justicia, donde son recibidos los anormales y que sirve de instrumento de defensa a la sociedad. El problema de la sexualidad infantil va a englobar a los otros dos hasta convertirse en el siglo XX, en el principio de explicación más fecundo de las anomalías.

En 1886, el psiquiatra alemán Richard von Krafft Ebing incluía en su libro 'Psychopathia Sexualis' la homosexualidad como una "perversión sexual" y le atribuía un origen hereditario. Su colega, el conocido e influyente psicoanalista Sigmund Freud, reflexionó mucho sobre la homosexualidad y, entre otras cosas, la caracterizó como el resultado de un conflicto durante el desarrollo de la identidad sexual en el que el varón se identifica con el sexo femenino y empieza a sentir atracción por los hombres muy masculinos.

Ya en el siglo XX, los científicos comenzaron a tener más preocupación por investigar las conductas sexuales. Entre los

trabajos más llamativos destaca el de Alfred Kinsey, que realizó en su citado 'Informe Kinsey' la primera encuesta masiva sobre sexualidad en Estados Unidos. Su estudio reveló que la homosexualidad era un comportamiento mucho más frecuente de lo que se creía y contribuyó a sacar a la luz a una parte de la sociedad.

Las formas de pensar las diversidades sexuales como patologías motivó distintos tratamientos. Las sobrevivientes de los mismos hablan particularmente de dos: la terapia de re-conversión, también conocida como 'La Naranja Mecánica' en alusión a la película de Stanley Kubrick, que consistía en pequeñas descargas eléctricas para asociar la conducta homosexual a algo negativo; y la terapia psicoanalítica, que se basaba en buscar dentro de uno mismo las razones del conflicto que llevan a ser homosexual, sacarlo a la luz para buscar una solución. Ninguno de ellos consiguió un sólo caso de modificación de la orientación sexual, porque es algo que no se puede cambiar, no es un aspecto concreto sino una expresión más de la personalidad de un individuo.

Pero existieron más:

La terapia reparativa: Mezcla una serie de imágenes eróticas con el electroshock. La idea es que al mismo tiempo que los gays ven fotos de hombres reciban una descarga eléctrica para que se produzca una asociación negativa con la homosexualidad. Por otro lado, les obligan a masturbarse con imágenes de mujeres para conseguir una asociación positiva. En el caso de las lesbianas era al revés.

Tratamientos eméticos: En la misma línea que la terapia anterior, pero en vez de descargas eléctricas, administraban a los pacientes inyecciones para que vomitaran mientras veían fotos eróticas de personas del mismo sexo.

Tratamientos médicos: Incluyen, además del tratamiento hormonal, diversos fármacos y pastillas para quitar el apetito sexual.

Cirugía cerebral: Consistía en destruir una parte del hipotálamo, una zona del cerebro que controla el comportamiento sexual y afectivo, para dejar a las personas sin deseo sexual. Fue una práctica habitual durante 30 años, de la década de los 40 hasta 1970.

Terapias religiosas y morales: Basadas en la reflexión y la comunicación con Dios. Convertirse a la religión para evitar el comportamiento homosexual

Tratamientos hormonales: Tras probar el tratamiento con hormonas en ratas, algunos científicos empezaron a experimentar con personas. Nos detendremos un momento en este tipo de “terapia”, para desarrollar un caso conocido.

Alan Turing, para los que no lo conozcan, fue un pionero de la computación y prócer de la informática moderna. Inglés de nacimiento, diseñó una máquina que permitió descifrar los códigos alemanes durante la Segunda Guerra Mundial. No obstante, la carrera profesional de Turing se vio truncada cuando lo procesaron por ser homosexual. En 1952, Arnold Murray, el amante de Turing, ayudó a un cómplice a entrar en la casa de Turing para robarle. Turing acudió a la policía a denunciar el delito. Fue durante una investigación policial, Turing reconoció su homosexualidad, con lo que se le imputaron los cargos de “indecencia grave y perversión sexual”, lo cual era ilegal en el Reino Unido. Convencido de que no tenía de qué disculparse, no se defendió de los cargos y fue condenado. Se le dio la opción de ir a prisión o de someterse a castración química mediante un tratamiento hormonal de reducción de la libido. Finalmente escogió las inyecciones de estrógenos, que duraron un año y le produjeron importantes alteraciones físicas, como la aparición de pechos o un apreciable aumento de peso, que lo condujeron a padecer de disfunción eréctil. Dos años después del juicio, en 1954, falleció por envenenamiento con cianuro, aparentemente tras comerse una manzana envenenada que no llegó a ingerir completamente, en un contexto que se estimó oficialmente como suicidio. De allí el logo de

Apple, en homenaje a él.

De la patologización a la Tolerancia

En 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) decidió eliminar la homosexualidad del ‘Manual de Diagnóstico de los trastornos mentales’ (DSM) y urgió a rechazar toda legislación discriminatoria contra gays y lesbianas. La acción vino motivada tras una manifestación del colectivo gay durante una convención, pero fue precedida por tantas otras, en las que prevaleció la violencia y la represión. No obstante, hasta 1990, la homosexualidad figuraba en la lista de enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud. Y sin embargo, la medida de la OMS no impidió que se siguieran practicando todo tipo de terapias como las mencionadas para intentar “curar” a los gays y las lesbianas.

Las luchas mancomunadas de los distintos colectivos — feministas, LGTBTIQ— etc, han tenido sus frutos, en especial en la conquista de derechos. Pero, cabe decirlo, la sociedad no siempre está lista o dispuesta a asimilar las nuevas legalidades. El campo psi... ni hablemos. Y no sólo hay resistencias, sino que la franca intolerancia hace persistir aún la existencia de los crímenes de odio hasta la actualidad. Quizás las fogatas medievales se apagaron, pero las mediáticas sigan trabajando a toda intensidad, solo que no iluminan todas las atrocidades que padecen tanto las alteridades de género como todxs lxs que se agrupan para defender sus derechos.

Ahora bien, podríamos preguntarnos: la intolerancia, ¿se resuelve con tolerancia?

La tolerancia implica una represión de la hostilidad, por lo tanto, no deja de estar latente un montante afectivo que acecha la ocasión de manifestarse. Es una suerte de “pacto de

no agresión” mientras cada quién mantenga la respectiva distancia, y cada quién atienda su juego. En algún punto, es una actitud emparentada con la beneficencia, en la que se le da al otro lo que sobra, lo que no modifica. Sin embargo, si a lo que se apunta es a generar prácticas de inclusión, la cosa cambia. No hay con qué codificar la inclusión, con qué hacerla más suave y cómoda. Pero esa opción por momentos molesta es mejor que vivir con la ingenua ilusión de la tolerancia, lugar simbólico común donde todos nos ponemos para tener la conciencia tranquila y las alteridades alejadas. Mientras que no molesten, no hagan ruido, no reclamen más de lo que el tolerante bonachón les da, no va haber problemas. Ahora bien, cuando lxs diferentes se agrupan, se organizan y solicitan lo que les corresponde, su conducta suele salirse de la norma establecida, del acuerdo unilateral con el opresor de turno. Allí es que vemos cómo la tolerancia resulta insuficiente.

De la Tolerancia al Reconocimiento

Nuestro aporte no tiene que ver con echar luz sobre las categorías diagnósticas sino con una corrección de miras en la posición clínica, respecto de la cual vemos y hacemos con lo que tenemos por delante, en particular la diferencia, cómo nominamos esa diferencia.

Dimos cuenta a lo largo de este recorrido del modo en el que el campo psi abordó esa diferencia (atravesado, claramente, por todo el histórico social de cada época) y apuntamos a construir una alternativa para abordar el sufrimiento humano en la que ya no sólo se trate de hacer consciente lo inconsciente, sino de hacer visible lo no visible (F. M. O. dixit). Por ello es que no hablamos de tolerancia, sino de reconocimiento. Desde esta perspectiva, pensamos que la tolerancia, desde su posición de completud, no permite interpelarse ni dejarse interpelar por la diferencia, ni genera interrogantes sobre

la agresividad que puede generar la otredad. En cambio, el reconocimiento implica reconocer la interpelación que la diferencia puede producir —en tanto se reconoce al otro en su alteridad— y reconocer como propia la agresividad que ello puede producir, a fin de poder elaborarla. Y para ello cobra especial importancia la sensibilidad. Sensibilizarse frente a otro en tanto otro, reconocerlo como otro forma parte de una posición ética, con una búsqueda de lo genuino que no pasa por lo normativo. Se trata en definitiva de advertir el nuevo estatuto que adquiere la sensibilidad como brújula en estos tiempos, y sus alcances a nivel de establecer otros modos de relación con el otro.

Sensibilidad no es solo ponerse a llorar, habilitar la legitimidad de ponerse a llorar, sino ser más reactivo y menos tolerante al dolor evitable. Cuando decimos que la sensibilidad es política, entonces, apuntamos a deconstruir, visibilizar y desandar mecanismos de naturalización de las distintas violencias. A que ya no es un ideal a ponderar el “aguante”, ni como prueba de heroísmo ni de estoicismo, ni como recompensa narcisista de una posición sacrificial.

Sensibilidad como política es advertir que no da lo mismo ofender que no ofender, no sólo la agresión ofende, sino también la omisión. Visibilizar el daño que uno percibe y señalar el cómo puede evitarse este daño, responsabiliza al emisor y al receptor en la construcción de ese código común de no agresión. Vale decir, el emisor puede seguir soportando y naturalizando el maltrato, o el receptor puede desestimar que el emisor se lo haya dicho, pero ni uno ni otro podrán negar que se asume una posición al hacerlo, al existir otros consensos sociales que generan otros registros de las violencias.

Sensibilidad es desconfiar de la imposición de anestesia y de la subordinación de todo canal de experiencia sensorial a la vista. Habilitar la mirada que conecta, la escucha que acerca,

pero también derribar la distancia con el objeto y abrir a los sentidos que no permite la virtualidad. No se trata de sustituir, sino de ampliar el campo de la experiencia y enriquecerla. Mal puede unx conectarse con el otrx si ha cercenado su propio registro vital. Sería ésta otra maniobra de expropiación de lo arrebatado por el hijo geek del patriarcado: la tecnificación de los cuerpos. Desde una orientación terapéutica, la línea de empoderar dicho registro y expandirlo pone de relieve el reconocimiento del cuerpo y de los matices —más o menos abruptos, según cada quién— de la salud y la enfermedad, y de las distintas necesidades vitales a registrar. Y también sería una estrategia para romper con la propuesta del neoliberalismo: la desensibilización mediante la hiperestimulación y la sobreexposición.

¿Se llora sin sentido? ¿O se puede al menos suponer que hay un sentido que yo desconozco? ¿O que no reconozco en su validez de ser un auténtico motivo para llorar? Habilitar estas preguntas es crucial.

Generar más propuestas y hacer lugar a otras posibilidades del ser es tomar una posición antifascista, en tanto que busca hacer prevalecer distintas alternativas. La demanda de lo actual clama a gritos la pluralidad, y como terapeutas esto implica hacer estallar el binarismo que impera en nuestras concepciones si queremos estar a la altura de la época.

De eso estamos hablando.

Ser saludable no implica ser normal

No se trata de corrección política. Se trata de corrección ética. Eso es, saber que cuando uno se pronuncia sobre algo, lo hace en el marco de sus confines, dando cuenta de su perspectiva como una entre otras. En un marco terapéutico, será sostener la asimetría, resignar el poder.

Esto no va en detrimento de la convicción, la pasión o in-

cluso la vehemencia, sino ser conscientes en la mayor medida posible de los alcances y los efectos de nuestros dichos y nuestras prácticas. La ingenuidad, después de los 5 años, nunca es ingenua. Más bien es un mecanismo muy emparentado a la omisión que raya en el peor de los casos con la negligencia.

Ser éticos, entonces, es reconocer que la existencia y el modo de ser en el mundo propio debe ser reconocido por uno mismo y por los demás. Es este un camino repleto de obstáculos e impedimentos. Acaso se trate de no constituirnos nosotros en tales impedimentos, imponiendo al otro nuestros miedos, restricciones, resquemores, desconocimiento sobre ignorancias, ingenuidades (que en nuestro caso bien pueden derivarse en categorías diagnósticas)

A lo largo de los siglos hubo gente que ganó mucha plata y mucho prestigio a expensas de la pérdida de dignidad, de derechos y de la vida en algunos casos de otras personas. Sin embargo, esa gente ha perdido muchísimo tiempo intentando curar aquello que no era una enfermedad. Aún lo hacen. Y ese es el llamado a la reflexión al que invocamos. No perdamos tiempo —ni más vidas— tratando de curar lo que no es enfermo. Ya no más.

Bibliografía

Barqui, N., Genise G., Tolosa D., Manual integrador. Hacia la despatologización de identidades trans. Recursos teóricos y clínicos para profesionales de la Salud y la Educación. Editorial Akadia. 2018.

Foucault, M., “Los anormales”, Curso en el Collège de France (1974-1975), Fondo de Cultura Económica, 2000.

Nussbaum, M., *Creating Capabilities. The human development approach*, EE.UU. 2011.

Solint, R., *Los hombres me explican cosas*. Traducción: Paula Martín. Capitan Swing Libros. 2015.

Federici, S., *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. Traducción: Verónica Hendel y Leopoldo Sebastián Touza. Editorial Tinta Limón. 2010.

Clínica en emojis

EROTOMANÍA



De cómo un psiquiatra inventó la ideología de género

Victor Pagano

El origen de la ideología de género

Si yo fuese un youtuber, este podría ser un buen título para hacer clickbait. Pero ahora que ya tengo su atención me extenderé un poco más en la idea. Que las ideas sobre el sexo y la identidad sexual ingresen al conocimiento público a través de la medicina o ya más cercano a nuestros días, con la psiquiatría, es algo regular. Ha ocurrido con “onanismo”, así como con “homosexualidad”, tanto como con “sadismo” y su no tan antagonista, “masoquismo”. No quiero decir con esto que la medicina o la psiquiatría hayan inventado ninguna de estas identidades o prácticas; sí quiero decir que la medicina les ha franqueado la puerta para ingresar al mundo de las ideas cultas, aquellas de las que todo el mundo puede sentirse con derecho a hablar en una mesa familiar. Con la idea de “género” ha pasado lo mismo. Un psiquiatra neozelandés, que emigró a Estados Unidos aparece como el descubridor –aunque para algunos, inventor, y a eso vamos– del concepto de género como manifestaciones socioculturales basadas en el sexo como dimensión corporal. No es momento de hagiografías, sin embargo: John Money tiene sus puntos oscuros, ha tenido esta idea y

sus teorías han significado grandes avances para la comunidad transexual, pero también tuvo su gran responsabilidad en el caso Brenda/David Reimer, aunque eso es otra historia.

Es necesario aclarar que este reconocimiento fue bastante tardío, cuando el feminismo comenzó a contar su propia historia usualmente señaló como hitos de la aparición del concepto de género, el famosísimo (y excelente) artículo “Tráfico de mujeres” y posteriormente el trabajo de Judith Butler. Paul B. Preciado y más acá en el tiempo Sheila Jeffreys volvieron a adscribirlo a Money.

Hasta aquí, historia. Ahora, lo curioso. Me detuve algunos párrafos atrás en la (muy, extremadamente breve quizá) reflexión (y poco profunda) acerca de si el género se había descubierto o se había inventado. Esto tiene su correlato en la reciente discusión entre teoría de género (gender theory) y la “ideología de género”, término que funciona como la contraparte -como decirlo... ¿conservadora?- principalmente de la mano de algunas adscripciones religiosas (o, siendo más justos, algunas alas, a veces hegemónicas de esas confesiones). ¿Por qué “ideología”? Bien, con el término “ideología” ocurre como con tantos otros conceptos que sabemos usar pero que nos cuesta un poco más definir: Por eso es tan útil. Utilizaremos dos fuentes posibles.

En La filosofía como arma de la revolución, Althusser -que ya veremos por qué es una fuente especialmente relevante- sostiene que en una sociedad las personas participan de tres actividades, la económica, la política y la ideológica. La ideología está compuesta de representaciones que refieren a las demás personas, la naturaleza, la sociedad, incluyendo la economía y la política. “Sin embargo, estas representaciones no son conocimientos verdaderos”, y si bien pueden contener elementos de conocimiento, estos están sometidos al conjunto de representaciones ideológicas, que como sistema siempre

está “falseado y orientado”. Si quieren conocer la verdadera forma de las estructuras que da forma a sus vidas, los hombres deberán recurrir a otra actividad: la ciencia.

Ahora, no tanta gente ha leído Althusser -ha leído otras cosas quizá, tampoco no es un must- y eso no significa que no use el término “ideología” o su familia de palabras de manera más o menos acertada. En *La ideología*, recogiendo esta idea con su práctico espíritu inglés, Eagleton se preguntará “¿Qué querrá decir pues alguien al observar; en el curso de una conversación en un bar: «¡Bah, eso es pura ideología!»?” Descartando que no está señalando que eso que se dice es mentira (diría sencillamente que es mentira) o que tampoco quiere señalar un claro caso de “cierre semiótico” o que confunde la “realidad lingüística y la realidad fenoménica”, se decantará por el hecho de sostener en una conversación normal que alguien habla de forma ideológica, es seguramente mantener que está juzgando un tema particular según algún rígido armazón o mediante ideas preconcebidas que deforman su comprensión. Más adelante, en un intento de aclarar sus usos más específicos, y habiendo descartado varias definiciones posibles, se decanta por la del filósofo político Martin Seliger:

...conjunto de ideas por las que los hombres proponen, explican y justifican fines y significados de una acción social organizada y específicamente de una acción política, al margen de si tal acción se propone preservar, enmendar, desplazar o construir un orden social dado.

Señalará igualmente la desventaja de que desechar del concepto de ideología un elemento central de otras definiciones: la ocultación y «naturalización» de la realidad social. Finalmente su punto de vista personal será “que los significados de ideología amplio y restrictivo tienen sus usos, y que su incompatibilidad recíproca, al ser fruto de historias políticas y conceptuales divergentes, debe reconocerse sin más.” Práctico

espíritu inglés.

Todo este rodeo nos trae al tema del título: La “ideología de género”. Cuando uno, ciudadano argentino y filósofo de escritorio, siguiendo los procedimientos apropiados para iniciar una investigación según las adscripciones mencionadas, googlea John Money, surgen resultados con un título muy parecidos al de este artículo junto con otros más sensacionalistas del estilo “La aberración de John Money: la historia que los ideólogos de género no quieren que conozcas”. En esos casos no se trata (sólo) de clickbait, sino de gente que quiere sentar una posición. Muchos son de páginas relacionadas con diferentes confesiones religiosas, las cuales, a su vez, también podrían ser señaladas (¿o acusadas?) de ideológicas. Lejos de mí intentar limitar la expresión religiosa; entiendo además que son universos discursivos con sus propios sistemas de legitimación, ajenos en la mayoría de los casos a la legitimación científica, sin que esto signifique una expresión de desprecio a las formas religiosas de verdad.

Fuera de estos usos, que han ido ganando espacio en la, digamos, “reacción conservadora” a los avances en cuestiones de género, resultan pocos los usos académicos o científicos del término “ideología de género”. Que resulten escasos significa que de todas formas existen, y dados los dos antecedentes que voy a mencionar a continuación, es esperable que en el futuro los volvamos a encontrar. El primer ejemplo es el de la revista *Salus*, “revista indizada y arbitrada, órgano oficial de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo” según nos informa Redalyc. En su número de julio de 2017 (el último, no sé si casualmente) en su sección Tópicos de actualidad, aparecen algunas colaboraciones bajo el título, justamente, de “Ideología de género”, en la que en primer lugar, se caracteriza al feminismo como un hijo directo del marxismo y su visión dialéctica de la historia —aquí el vínculo con Althusser se muestra en toda su gloria,

se menciona al concepto de género como la “teoría Money”, y luego de la mención de un caso canadiense en que un varón adulto, con comportamiento hasta ese momento heterosexual, comienza a sentirse una niña de ocho años, se propone la siguiente comparación:

Con el mismo criterio, si llega a consulta una paciente anoréxica que afirma sentirse y verse gorda, a pesar de su notoria y extrema delgadez, el terapeuta no debería contradecirle porque lo importante no es la evidencia física sino su sentir subjetivo. El caso es más dramático porque la persona, al no recibir la alimentación necesaria, morirá.

Dejo las conclusiones respectivas a mi lector. En la segunda de las colaboraciones se menciona el otro ejemplo de apariciones científico/académicas del término “ideología de género”. Sin menospreciar la importancia académica que pueda tener Salus, este segundo ejemplo gana un poco en fuerza, es una declaración oficial del American College of Peditricians de 2016, y fue actualizado en la página oficial en noviembre de 2017 y se titula, directamente Gender Ideology Harms Children (tampoco es un caso de clickbait; al menos no se anduvieron con rodeos). Son ocho puntos en los que ya no se confunde, sino que se mezcla deliberadamente, la disforia de género con la identidad de género, bajo la excusa de cuidar a los niños de tratamientos demasiado precoces en cuanto a modificación genital o tratamientos hormonales -lo que, en sí mismo, no es algo que no parezca razonable, dada la complejidad de la identidad sexogenérica. Son ocho puntos en los que se mezclan datos estadísticos –incluyendo datos sobre suicidio de personas trans en Suecia-, hechos considerados biológicos (y por tanto es de imaginar que suponen, irrefutables) como la división, no tan dual como querrían, entre cromosomas XX y XY y consideraciones generales sobre la sexualidad sin brindar ningún fundamento. Por otro lado, no se aclara el uso del término “gender ideology” en el título, simplemente se lo da

por supuesto.

En una nueva declaración de noviembre de 2018, es decir recién salida del horno en el momento en que me encuentro escribiendo esto, han escogido profundizar un poco en las ideas antes puntuadas. Esta declaración ya tiene un título con menos “gancho”, Gender Dysphoria in Children, y es por cierto bastante más extensa. Tanto que hay lugar aquí para glosarla entera, por lo que haré mención de algunos de los puntos que más me interesan. En primer lugar, se reforzará la idea de la precaución en la aplicación de tratamientos hormonales o quirúrgicos de disforia de género en los niños, lo cual, de nuevo, no deja de parecer razonable. A continuación se hará una breve historización del término “género” (gender) remontándolo... hasta John Money:

John Money, PhD, was among the most prominent of these sexologists who redefined gender to mean “the social performance indicative of an internal sexed identity”. In essence, these sexologists invented the ideological foundation necessary to justify their treatment of transsexualism with sex reassignment surgery and called it gender. (cursivas y negrita mías)

Y a continuación, una serie de datos producidos por la medicina, así que deberíamos llamarlos “científicos”, tendientes a justificar la negación del derecho de una persona a sentirse de un género diferente al que tradicionalmente se vio ligado al sexo que le dictan sus cromosomas, su genitales, y por supuesto, porque la neurociencia no podía falta aquí, su sexuado cerebro –al no ser yo mismo un científico no ingresaré en disputas para contradecir lo que sostiene aquí. Ya en el párrafo de conclusiones, como no podía faltar, la autora del artículo, presidente del College, se despacha sobre aspectos que no son exactamente “medicinales”, pero que ella considera dentro de su ámbito de intervención:

Ethics alone demands an end to the use of pubertal suppression with GnRH agonists, cross-sex hormones, and sex reassignment surgeries in children and adolescents. The American College of Pediatricians recommends an immediate cessation of these interventions, as well as an end to promoting gender ideology via school curricula and legislative policies. Healthcare, school curricula and legislation must remain anchored to physical reality.

Antes de una breve conclusión, se hacen necesarias algunas últimas consideraciones. Antes que nada, el uso de “ideología de género” suele conllevar, además del uso equívoco de término ideología, como vimos, el uso equívoco de la palabra “género”. Los artículos que mencionan la “ideología de género” usualmente no se refieren a las cuestiones relacionadas con el género en sus algunos de los usos más comunes por parte del (o los) feminismo(s): exclusión, violencia y desigualdad hacia las mujeres. Por el contrario, el blanco principal contra el que apuntan es la idea de “identidad de género”, la posibilidad de ser considerado una persona transgénero o transexual (trans, en todo caso). Sin embargo, este uso no suele aclararse, y dado que el término “género”, al menos en Latinoamérica, se asocia semánticamente a las mujeres, el rechazo a la “ideología de género” suele extenderse al rechazo a toda la lucha feminista, generando un peligroso revanchismo machista. Se confunden así, y se rechazan en conjunto -y podemos suponer que en muchos casos deliberadamente- dos análisis diferentes de la realidad, que sin duda tienen sus amplios puntos de contacto, pero que no son necesariamente iguales. A su vez, esta indefinición, también permite que se extienda a todo el resto de las luchas del colectivo LGTB+, confundiéndose aquí, además de la identidad de género, la orientación sexual.

Sin pretender haber alcanzado el nivel necesario para que el artículo sea señalado como “polémico”, no intento cerrar ninguna discusión en este breve espacio. Simplemente llego

aquí al final, preguntándome una vez más por la relación entre “ciencia” e “ideología”, cuestión que se inaugura, como vimos, en el mismo momento en que hace su aparición el uso moderno de este término. Acusar a la contraparte en la discusión de sostener una posición “ideológica” sigue siendo, acusarla de inventar una realidad a la medida de las necesidades. El problema de fondo esté probablemente en pensar que detrás de esa realidad “prejuiciosa y dibujada” nos espera otra realidad, es decir, LA REALIDAD, y que la podemos descubrir sólo nosotros con nuestros propios criterios, mientras que utilizando otros criterios de validación, a lo sumo, se llegará otra ideología menos contaminada. Es necesario considerar así que la idea de “género” tiene claros componentes filosóficos, que no quedan sujetos a una revisión científica, y esto no los convierte en una quimera. Es necesario considerar también que el concepto de “género”, en las dos vertientes que mencionamos antes, nos permite sumar una dimensión de análisis de esa realidad que no debe ser menospreciada o, dicho de otra manera, cuyo descarte empobrece los análisis que podemos establecer sobre nuestra realidad. Por eso, como filósofo de escritorio que me declaré, no puedo menos que recomendar la adopción de esta complejidad en la mirada, incluyendo sus dimensiones menos “científicas” (es decir, filosóficas y políticas, entre otras) y de esta manera, comprender que, como personas y como sociedad, necesitamos seguir dialogando y encontrar nuevos consensos a toda esta nueva perspectiva del género que, en su vertiente de la identidad, inauguró un psiquiatra allá por 1950.

Sin ánimo de presentar una bibliografía exhaustiva ni representativa del tema, dejo algunos vínculos que utilicé para escribir este artículo:

Antecedentes históricos y culturales de la ideología de género.
(por Jorge Scala) - Catholic. Net

<http://es.catholic.net/op/articulos/18429/cat/447/cap-1-antecedentes-historicos-y-culturales-de-la-ideologia-de-genero.html#modal>

Gender Dysphoria in Children (por Michelle Cretella). American College of Pediatricians.

<https://www.acped.org/the-college-speaks/position-statements/gender-dysphoria-in-children>

‘Gender ideology’: big, bogus and coming to a fear campaign near you (por Gillian Kane). The Guardian - Reino Unido.

<https://www.theguardian.com/global-development/2018/mar/30/gender-ideology-big-bogus-and-coming-to-a-fear-campaign-near-you>

“Gender Ideology” Is a Fiction That Could Do Real Harm (por Michelle Gallo) Open Society Foundations – Estados Unidos de América.

<https://www.opensocietyfoundations.org/voices/gender-ideology-fiction-could-do-real-harm>

Gender Ideology Harms Children (por Michelle Cretella et al.). American College of Pediatricians.

<http://www.acped.org/the-college-speaks/position-statements/gender-ideology-harms-children>

La falacia de la ideología de género (por Jaime Ramírez Ortega) Diario El Mundo - El Salvador

<https://elmundo.sv/la-falacia-de-la-ideologia-de-genero/>

Ideología de género (colaboraciones por Roger L. Parra Villasmil, Jesús Ignacio Carrillo Herrera, Rafael Sanz Carrera, Mónica Ballón Espejo) Revista Salus, Universidad de Carabobo - Venezuela.

<http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/salus2017/21-1/TOPICOS.pdf>

Esta es la historia que los ideólogos de género no quieren que sepas (Traducido y adaptado por Diego López Marina) Agencia Católica de Informaciones (ACI Prensa)

<https://www.aciprensa.com/noticias/esta-es-la-historia-que-los-ideologos-de-genero-no-quieren-que-sepas-23540>

How do you upset the French? Gender theory (por Robert Zaretsky) The Boston Globe – Estados Unidos de América.

<https://www.bostonglobe.com/ideas/2014/03/02/how-you-upset-french-gender-theory/1DzXUKcQxB01Hv6pN96gyJ/story.html>

Pánico homosexual en la Argentina del '900

Diego Costa

El positivismo argentino y su goce privado

Antes de empezar, permítanme una breve aclaración del contexto que inspira la escritura de estas líneas. En primer lugar, podrán advertir la influencia del estilo y las ideas que nuclean al Capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría (APSA), en sus ya casi 25 años de existencia. Más recientemente, podemos nombrar a *Atlas* como un nuevo ámbito que estimula —con un estilo diferente— la elaboración crítica de ideas en torno al campo de la Psiquiatría y la Salud Mental¹. Es en este nuevo ámbito que me permito entonces usar como primera referencia una fuente, digamos, poco ortodoxa: *Peter Capusotto y sus Videos* será así, en este caso, el disparador de las siguientes reflexiones.

Sabemos que todo chiste que es explicado o sobreintelectualizado perderá irremediablemente su efecto humorístico. Es por eso que le pedimos al potencial lector de estas líneas, que antes de continuar con la lectura se tome dos minutos para ver este breve capítulo de Peter Capusotto y sus Videos², que trata

1 Debo agradecer también a Víctor Pagano, el filósofo del Capítulo, quien con sus ideas claras y distintas nos trajo últimamente aportes muy valiosos (aportes que, desde ya, no se reducen a lo puramente académico).

2 El puto que asusta, Peter Capusotto y sus videos, Temporada 10, 2015.

sobre un personaje que algunos, quizás, puedan reconocer: “el puto que asusta”.

Bien, si ya vieron el capítulo en cuestión, pasaremos a arruinar el chiste con algunas divagaciones de dudosa erudición, y hacer una asociación, quizás un poco laxa, entre los escritos de nuestros más respetados intelectuales de la “generación del 80”, y este bizarro personaje encarnado por el genial Diego Capusotto.

El puto que asusta

Se trata de la parodia de una nota periodística, en la que se investiga la presencia de un extraño personaje que se dedica a aterrorizar a la gente. Su *modus operandi* es aparecerse sorpresivamente, al modo de un fantasma —aunque a plena luz del día—, en medio del camino de los incautos transeúntes, quienes se ven espantados ante las conductas de este inofensivo individuo. Conductas que podemos describir como una especie de *performance* caricaturesca de lo que para muchos es el estereotipo de lo “gay”: alguien sumamente histriónico, fanático de George Michael, y que usa trajes blancos y bufanda fucsia.

Los vecinos entrevistados por el periodista resumen las posibles conjeturas acerca del asunto en cuestión:

- por un lado, la idea de que este individuo “provoca fuertes daños psicológicos, traumas”, y que sería parte de “una conspiración homosexual (...) se juntan entre ellos y quieren tomar la sociedad”.

- Por el otro, “es el propio miedo social a una posible homosexualidad latente en cada uno de nosotros”, o “una manifestación del inconsciente colectivo”.

Ahora bien, es sabido que la primera de estas opiniones —la de la existencia de una secreta conspiración de “invertidos sexuales congénitos”— fue una idea ampliamente difundida por la medicina oficial de la Argentina de principios del siglo

XX. Si leemos los escritos de los médicos e intelectuales más renombrados de esa época, y traemos la palabra autorizada de uno de los pioneros de la medicina legal en Argentina, el Dr. Francisco De Veyga, podríamos verificar que la inmigración “degenerada” del sur de Europa era la principal causante de esta peste que venía a pervertir a los jóvenes de la aristocracia local con “sofisticadas trampas”. Así, era deber de la medicina prevenir entonces la desgracia de la “inversión adquirida”. Tales ideas pueden leerse con total claridad en los múltiples escritos que el prestigioso criminólogo le dedicó a sus “invertidos sexuales”.³

Pero De Veyga, nuestro Krafft Ebing rioplatense, no estuvo solo. Sus ideas sobre la sexualidad eran compartidas por la mayoría de los médicos y científicos de la época, entre ellos José Ingenieros⁴, José María Ramos Mejía⁵, Víctor Mercante⁶, Eusebio Gómez⁷ y Bernardo Etchepare⁸, por mencionar sólo

3 De Veyga, F. “Inversión sexual congénita”, Archivos de psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, Bs. As., 1902; De Veyga, F., “Invertido sexual imitando la mujer honesta”, Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, Bs. As., 1902; De Veyga, F., “La inversión sexual adquirida”, Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, Bs. As., 1903; De Veyga, “El amor en los invertidos sexuales”, Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, Bs. As., 1903; De Veyga, F., “El sentido moral y la conducta en los invertidos sexuales”, Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, Bs. As., 1904.

4 Ingenieros, J., “Patología de las funciones psicosexuales. Nueva clasificación genética”, Archivos de psiquiatría y criminología y ciencias afines, Bs. As., 1910.

5 Ramos Mejía, J. M., “Un caso de erotismo psíquico senil”, Archivos de criminología, psiquiatría y medicina legal, Bs. As., 1902.

6 Mercante, V., “Fetichismo y uranismo femenino en los internados educativos”, Archivos de psiquiatría y criminología y ciencias afines, Bs. As., 1910.

7 Gómez, E., *La mala vida en Buenos Aires* (1908), Bs. As., Biblioteca Nacional, 2011.

8 Etchepare, B., “Desequilibrio mental, hiperestesia e inversión sexual, safismo, hermafroditismo psicosexual, morfinomanía, mitridación e histeria”, Archivos de psiquiatría, criminología y ciencias afines, Bs. As., 1906.

a los más influyentes. Pero quien más compartió su pasión por los invertidos, uranistas o pederastas —si usamos el vocabulario científico del momento— fue Carlos Octavio Bunge (tío de Mario Bunge, renombrado profesor universitario que se hizo célebre por sus asiduas referencias al psicoanálisis argentino). A la personalidad de C. O. Bunge le fue aplicada la segunda hipótesis de los vecinos; “una posible homosexualidad latente”. Haremos un comentario sobre este chisme unos párrafos abajo.

La conspiración de los invertidos

Si hay un rasgo necesario —aunque no suficiente— para hacer brotar los peores prejuicios fascistas, es el de la desconfianza paranoide. Según nos enseña el psicoanálisis, aquello que odiamos —o tememos— nos refleja un aspecto de nosotros mismos. Dime a quién odias y te diré quién eres.

Uno de los mayores temores del Dr. De Veyga y de nuestros positivistas, era el de la expansión de la homosexualidad (concepto que en rigor todavía no se usaba en el mismo sentido que el actual). Siguiendo el modelo de las enfermedades infecciosas, recientemente descubiertas por Pasteur, nuestros médicos temían una invasión invisible de “pederastas” que vienesen a pervertir a la juventud de la Nación, *invirtiendo* los valores de las “leyes morales” y de las “leyes de la naturaleza”.⁹

Descendiente de una larga tradición familiar de militares,

9 Jorge Salessi, en su excelente libro *Médicos maleante y maricas...*, hoy un clásico sobre el tema, plantea que las nociones de “inversión” “trababan significados genéricos y sexuales con significados de clases nacionales y sociales” y que esta concepción “alertaba sobre los peligros de inversiones de poder entre argentinos e inmigrantes extranjeros y entre clases sociales obreras y burguesas”. Salessi, J., *Médicos maleantes y maricas: higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (Buenos Aires, 1871-1914)*, Beatriz Viterbo Editora, Rosario, 1995.

criminólogo, higienista, formado en París en el Instituto Pasteur, obediente a los principios científicas de la época —entre ellos el darwinismo social—, De Veyga estaba destinado a ser un perfecto médico-policía. Así, fue De Veyga —junto a Ramos Mejía— quien “descubrió” a José Ingenieros entre la masa de obreros socialistas y anarquistas. Privilegiado conocedor del mundo de los marginales, e incansable estudioso, Ingenieros tenía el mejor currículum imaginable para el puesto de “jefe de clínica” en el *Servicio de Observación de Alienados de la Policía*. De modo que, sin tener todavía el título de médico, fue reclutado por De Veyga para ser el encargado principal de la vigilancia de contraventores y otros grupos considerados potencialmente peligrosos para el orden social. El famoso “laboratorio vivo” al que se refirió Loudet:

“(...) el “Depósito de Contraventores” sito en la calle 24 de noviembre, y al que eran enviados todos los vagos, los atorrantes, los invertidos y lunfardos recogidos por la Policía de la Capital. ¡Qué muestrario maravilloso de degenerados hereditarios y desadaptados sociales ¡Qué espectro multicolor con todos los matices de la locura y el delito! ¡Qué tesoro psicológico de todas las anomalías y todas las perversiones!”¹⁰

De ese reducto, y con la turbia colaboración de sus policías, De Veyga irá extrayendo su muestrario de “invertidos”, a partir del cual escribirá su conocida serie de artículos sobre el tema, publicados en los *Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines*, la revista que co-dirigió junto a José Ingenieros.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que en Latinoamérica los dispositivos de control que se intentaban aplicar desde el Estado (cárceles, manicomios, escuelas, etc.) no tuvieron siempre la eficacia pretendida, no al menos del modo, mucho más organizado, en que ocurrió en Europa y Estados Unidos.

¹⁰ Loudet, O. y Loudet, O. E., *Historia de la Psiquiatría Argentina*, Troquel, Bs. As., 1971.

Una cosa eran las intenciones de los dirigentes y hombres de ciencia, y otra cosa era lo que efectivamente pasaba. Según esta perspectiva¹¹ hubo importantes resistencias que posibilitaron la supervivencia de distintas minorías. Y lo que es aún más interesante: estos focos de resistencia lograron inocular su inquietante influencia en la cultura nacional, a contramano de las concepciones de “nación” de nuestra mediocre oligarquía. Qué otra cosa es si no el tango, música que nos representa hoy en todo el mundo, y que es sabido que salió de los prostíbulos. U hoy en día la degeneración del psicoanálisis —la cual ya es parte indudable de la cultura porteña— que supo hacerse un lugar al margen del cientificismo dominante.

De modo que, si bien es posible pensar esta dinámica desde la perspectiva del “control social”, tal como lo hicieron de manera muy fructífera muchos autores considerados foucaultianos, nos interesa más en este caso destacar el papel activo que tuvieron los distintos personajes de las minorías sexuales de la época. Dicho de otro modo, no fueron tanto De Veyga y sus policías quienes se llevarían el mérito de extraer la muestra empírica de sus “invertidos” objetos de estudio, sino que, por el contrario, fueron las glamourosas Rosita de La Plata, Manón, Aurora y La Bella Otero, quienes de manera provocativa, y luego de elegir su mejor vestuario, utilizaron la revista de Ingenieros para hacerse famosas y reírse de estos hombres de ciencia, dejando por otro lado un valioso documento para los historiadores de la temática de género.

Una muestra de esto son las fotos que reproducimos en este número de Atlas (extraídas todas de los *Archivos de Psiquiatría...*), pergeñadas por sus mismas orgullosas protagonistas. Y lo mismo podemos entrever en la divertida autobiografía publicada como parte de un texto “científico” sobre los “invertidos sexuales”, que podrán también leer a continuación de

11 Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (eds.) *Instituciones y formas de control social en América Latina (1840-1940)*, Prometeo, Bs. As., 2005.

este texto. Difícil no imaginar las carcajadas de nuestra “Bella Otero” al ver publicadas sus rimas en la más prestigiosa de las revistas científicas del país, al modo de una exitosa *performance*. Y difícil no interpretar esa autobiografía como una ingeniosa tomadura de pelo a los solemnes académicos.

C. O. Bunge y el pánico homosexual

De importancia central en el positivismo argentino, aunque de un estilo mucho más fino y sofisticado que el del Dr. De Veyga, la obra de Carlos Octavio Bunge también evidencia una íntima pasión por lo “queer” (si se nos permite el anacronismo en la utilización de tal término).

Su interés por las distintas formas de “desviación” de las normas de masculinidad y feminidad quedó plasmado no sólo en su amplia obra ensayística¹², sino también en muchas de sus novelas y cuentos.¹³ Sin necesidad de codearse con los policías y malandras del “depósito de contraventores”, C. O. Bunge se animó a explorar estos campos desde su lugar de pedagogo y desde la seguridad de las convenciones literarias.

Sumándose a las voces —aunque desde un lugar un tanto ambiguo— de las campañas en contra de la “inversión” sexual y moral que, para nuestros positivistas, amenazaba el futuro de la raza argentina, Bunge se vio obligado a enmendar su más célebre obra literaria, “La novela de la sangre”.

12 Bunge, C. O., *Nuestra América*, Imprenta de Henrich y Ca., Barcelona, 1903; Bunge, C. O. *Principios de psicología individual y social*, Madrid, Daniel Jorro, 1903; Bunge, C. O., *Educación de la mujer*, Imprenta y Casa Editora de Coni, Bs. As., 1904; Bunge, C. O., “Notas sobre el problema de la degeneración”, *Revista de Filosofía*, Año IV, N° 4, Bs. As., 1918; Bunge, C.O., *La educación. Tratado general de pedagogía. Libros I, II y III, La cultura argentina*, Bs. As. , 1920.

13 Bunge, C.O., *Thespis*, Biblioteca de La Nación, Bs. As., 1907; Bunge, C. O., *Viaje a través de la estirpe y otras narraciones*, Biblioteca de La Nación, Bs. As., 1908; Bunge, C. O., *La sirena*, Espasa-Calpe, Madrid, 1927.

Haciendo un resumen muy parcial, el argumento original es el siguiente: Blanca Orellanos y Regis Válcena, dos personajes descritos como “gente bien”, contraen matrimonio al día siguiente del inicio del “reino del terror” de Juan Manuel de Rosas, en una ceremonia “a la francesa”, en la que deciden no invitar a Manuelita Rosas, la hija del caudillo. Al haber excluido a la familia Rosas de la participación de la fiesta, el evento es interrumpido por gente del ejército, quienes entran justo en el momento previo al “puede besar a la novia”. Válcena es llevado arbitrariamente a prisión, luego de lo cual se genera una larga ausencia que llevará a que Blanca, la novia abandonada, termine siendo seducida por un vulgar italiano, retratado bajo el estereotipo del inmigrante “degenerado”, con quien terminará engendrando un hijo de “mala raza”. En la escena final, luego de arduas peripecias, el fallido héroe se reencuentra con Blanca, pero se ve impedido a sellar el beso tan esperado.

El motivo de tal impedimento final, según la interpretación de los críticos de la época, es el trauma histórico que sufre el protagonista por causa de la amenaza terrorífica del General Rosas, quedando así coartado de su virilidad, y ubicado casi en el lugar de una “mujer sensitiva”.

En un momento en que la literatura argentina se sumaba al proyecto de construir un modelo “sano” de nación que, entre otras características, exigía una delimitación categórica de los roles del hombre y la mujer (tal como lo plantean muchos teóricos e historiadores feministas, desde un modelo fuertemente heteropatriarcal), esta primera versión de la novela fue acusada por la crítica literaria de “retorcida” y de “mal gusto”.

Obediente entonces a esta crítica literaria nacionalista y masculina, Bunge se vio obligado a reescribir el desenlace. Así, en la segunda edición, el autor decide en primer lugar que el niño de sangre contaminada muera súbitamente, y el italiano

salga de la escena llevándose el cadáver, limpiando así el panorama de toda degeneración. Luego de esto, planta un burdo final feliz, que pareciera ser producto de una irónica resignación literaria, digno de un melodrama sobreactuado: el héroe le estampa a su amada “el beso mágico del príncipe salvador anunciado por el hada madrina: el mágico beso que venía a despertar a la princesa encantada que dormía en su lecho desde un siglo”... Tal es el ajuste —de dudoso gusto— con el que Bunge enmienda la fallida masculinidad del protagonista, buscando lograr así que este modelo mejorado de “raza” y “nación” se muestre triunfante por sobre una degeneración sexual, extranjera y decadente.¹⁴

Retomando ahora el episodio del “puto que asusta” de *Peter Capusotto...*, aquí los comentarios de la época se acercaban mucho a la segunda conjetura de los vecinos. De estirpe freudiana, dicha conjetura postula que la causa del rechazo al homosexual tiene que ver con “el propio miedo social a una posible homosexualidad latente en cada uno de nosotros”. En esa línea, hubo toda una serie de elucubraciones sobre la vida íntima de C. O. Bunge. A partir de comentarios de la época, algunos insinuados por su amigo Manuel Gálvez y por sus biógrafos Cárdenas y Payá¹⁵, Bunge quedará registrado como uno de los protagonistas más curiosos dentro de la historia oficial de la homosexualidad en Argentina. Juan José Sebreli¹⁶ y Osvaldo Bazán¹⁷ le dedican algunas páginas en sus trabajos históricos sobre el tema, pero es fundamentalmente Jorge Sa-

14 Pierce, J. M., “Regulating Queer Desire in Carlos O. Bunge’s *La novela de la sangre*”, *Revista Hispánica Moderna*, University of Pennsylvania Press, Vol. 69, N° 1, 2016.

15 Cárdenas, J. y Payá, J. M., “Carlos Octavio Bunge, un triunfador disconforme”, *Todo es Historia*, Bs. As., N° 173, 1981.

16 Sebreli, J. J., *Escritos sobre escritos, ciudades bajo ciudades*, Bs. As., Sudamericana, 1997.

17 Bazán, O. *Historia de la homosexualidad en la Argentina*, Bs. As., Marea, 2006.

lessi en su libro “Médicos maleantes y maricas”¹⁸ quien aborda esta cuestión con la mayor lucidez.

Sin ánimos de certificar la veracidad de tales chismes (porque en rigor no son otra cosa que eso, chismes), al referirse a la obra de C. O. Bunge, Salessi hace un interesante uso del concepto de “pánico homosexual”¹⁹, entendido como un cierto temor social que se da en las comunidades masculinas patriarcales que, al tener la necesidad de sostenerse como tales por medio de la exclusión de las mujeres, cumpliría la función de regular las “intensidades afectivas homoeróticas que son plausibles de convertirse en homosexuales”. O dicho de otra forma, los chistes y comentarios homofóbicos que se escuchan en las típicas reuniones de varones, vendrían a regular una distancia en pos de mantener el potencial homoerotismo a raya... Algo que, por otro lado, Freud planteó hace más de un siglo, apoyado en el armazón teórico del inconsciente (un poco más tranquilizador para nuestro “pánico homosexual”).

A quien le interese este tipo de elucubraciones, quizás entretenidas aunque un poco inútiles, podrá encontrar sospechas de homosexualidad en casi cualquier relación íntima entre amigos varones. En esta dirección, y para terminar este recorrido trayendo a la pareja de “amigos” más ilustre de la literatura argentina, algunos llegaron a plantear que la amistad entre Borges y Bioy Casares escondía efectivamente... una secreta relación homosexual. Otro chisme totalmente infundado, aunque no dejan de ser interesantes las posibles interpretaciones de algunos de sus ensayos y cuentos²⁰, o los constantes chistes sobre homosexuales que divertían tanto a estos dos amigos, como se puede ver en el curioso anecdotario que

18 Salessi, J., Médicos maleantes y maricas: higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (Buenos Aires, 1871-1914), Beatriz Viterbo Editora, Rosario, 1995

19 Kosofsky Sedgwick, E., Epistemología del armario, Ediciones de la Tempestad, Barcelona, 1998

20 Balderston, D., El deseo, enorme cicatriz luminosa - Ensayos sobre homosexualidades latinoamericanas, Beatriz Viterbo Editora, Rosario, 2004.

Bioy Casares publicó bajo el título de “Borges”.²¹

Es así que en cierto modo eso mismo que nos “asusta”, y que evidentemente despierta algo en nuestro inconsciente, también nos puede hacer reír. Lo cual debe advertirnos de otro obstáculo mucho más difícil de sortear, y es aquí donde el psicoanálisis viene a aportarnos sus herramientas. Y es que los esfuerzos más comprometidos en pos de concientizar y denunciar las injusticias a las que son sometidas las mujeres y las minorías sexuales, aunque necesarios, quizás no sean suficientes si no tratamos también nuestras propias neurosis.

Testimonio de esto, y si se me permite una pequeña chicana, un poco vulgar pero no por eso menos cierta, ¿quién no ha pensado algo de esto al ver los afectuosos abrazos de gol de los futbolistas? ¿O los prolongados franeleos de los luchadores de jiu jitsu? Podría dar evidencia empírica sobre el último caso, pero no es mi intención difamar a mis amigos. En vez de eso, recomendaría ir a leer las propuestas de Judith Butler, fundamentalmente las que apuntan a pensar el género no como una cosa estática, sino más bien como una *performance*, que como tal existe sólo en actos, no en *esencias*.

Las bases “científicas”

Se suele decir que en la Argentina de principios del siglo

21 Va un ejemplo: “Borges regresó ayer de Tucumán. Cuenta que, recorriendo la ciudad con unos profesores, llegaron a un triste barrio de ranchos de paja, del otro lado de las vías. Uno de los profesores dijo: «Este barrio es muy peligroso. Hay muchos malevos» y aclaró a continuación que no había verdadero peligro de ser atacado por ladrones o asesinos, sino por homosexuales: «Todos los malevos son homosexuales.» Ante la sorpresa de Borges, el doctor explicó: «La bicicleta excita al malevo. El movimiento, usted comprende. Además, el malevaje es muy inclinado al ciclismo. Si uno va en bicicleta y ve a otro de a pie, se ofrece a llevarlo. Los dos se excitan, dejan la bicicleta... Una vez, con el doctor X, vimos a dos malevos en una acequia. El doctor me dijo: “No hay por qué escandalizarse. Total, a todos nos gusta”». Bioy Casares, A., Borges, Destino Ed., Bs. As., 2006.

XX, antes que en ninguna otra época, la producción intelectual y científica vernácula supo estar a la altura de los más grandes centros de pensamiento del hemisferio norte. José Ingenieros, Ramos Mejía, Ameghino, entre otros intelectuales que compartieron sus ideas con Bunge y De Veyga, fueron merecedores de los mayores honores, y sus nombres hoy se confunden con calles, plazas y hospitales, como corresponde a todo prócer digno de tales títulos.

Sin embargo, y tal como lo planteamos en el presente trabajo, si uno lee hoy, en el siglo XXI, casi cualquier página de la obra de nuestros intelectuales médicos, salta a la vista una incómoda verdad, que contrasta con la alta calidad literaria de muchas de esas páginas. Hay que decirlo con todas las letras: las opiniones de la elite ilustrada de la Argentina del Centenario están plagadas de todos los prejuicios imaginables en contra de todo tipo de minorías. No solamente las minorías sexuales, sino también indios, pobres, inmigrantes, enfermos mentales, etc., al ser analizados bajo el tamiz de la “degeneración”, caen todos en la categoría de “parásitos sociales” que el cuerpo sano de la Nación debe eliminar (todas ideas que serán luego explotadas por el nazismo y por distintas dictaduras militares, como es bien conocido).

Ahora bien, ¿cómo es posible que los más lúcidos de nuestros intelectuales y hombres de ciencia hayan caído en tan burdos prejuicios? ¿Eran José Ingenieros, Francisco De Veyga y Carlos Octavio Bunge unos monstruos fascistas? Tal como como nos sugiere Zaffaroni²², no podemos disculparlos livianamente con el argumento de la “cuestión de época”, ya que así como circulaban con cierta naturalidad este tipo de discursos racistas, clasistas y sexistas, también existían, en la misma época, otras voces de gran progresismo, inclusive en nuestro propio país.²³ Pero tampoco podemos denunciar a estos au-

22 Zaffaroni, E. R., “Estudio Preliminar”, en Gómez, E., *La mala vida en Buenos Aires (1908)*, Bs. As., Biblioteca Nacional, 2011

23 Debemos destacar, sin embargo, que en el campo más específico de

tores como si fueran unos meros sádicos protonazis. No eran tanto sus ideas individuales, sino el *paradigma* desde el cual se pensaban los hechos, lo que permitía que tales prejuicios sean aprobados como ideas legítimas o, lo que es más siniestro, como hechos aceptados por la ciencia.²⁴ A lo que se agrega, en lo que respecta a la sexualidad, los prejuicios, miedos y ansiedades a los que nos somete nuestro inconsciente.

He aquí entonces un inmejorable ejemplo de cómo la Historia nos sirve de herramienta para pensar la ciencia, en este caso, al advertirnos sobre las funestas consecuencias a las que puede llevarnos la obediencia ciega a las “verdades” de turno. Para ser claros: el odio contra las minorías, dentro del escenario de entresiglos, no se justificaba ni con argumentos religiosos (la mayoría de estos intelectuales se declaraban ateos y anticlericales), ni con doctrinas ideológicas. El discurso que los legitimaba era el *científico*, considerado —como sigue ocurriendo en cierta medida en nuestro siglo XXI— como el discurso más autorizado para acercarse a una *verdad* con pretensiones de universalidad.

Para terminar, consideramos necesario aclarar que el tono jocoso con que tratamos el tema no implica que estemos minimizando la seriedad del problema, en este caso, el problema de

la atención y tratamiento de los pacientes psiquiátricos, los psiquiatras de trinchera (donde hay que mencionar en primer lugar a Lucio Meléndez y a Domingo Cabred) hicieron enormes aportes que mejoraron de manera ejemplar la situación de los hospicios de la época. Stagnaro, J. C., “Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina”, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, Bs. As., N° 1, 1997; Stagnaro, J. C., *Política y psiquiatría. Domingo Cabred en los Congresos Médicos Latinoamericanos*, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, Bs. As., N° 29, 2009.

24 Terán, O., *Positivismo y Nación*, Edit. Punto Sur, Bs. As, 1987; Conti, N., “El positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica”, *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, Bs. As., Volumen XXII - N° 98, 2011; Fantin, J. C., *Positivismo y reacción en la psiquiatría de comienzos del siglo XX: José María Ramos Mejía y Alejandro Korn*, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N° 24, Bs. As. 2008.

la homofobia. Por el contrario, nuestra intención al publicar estas líneas, junto con los documentos originales de la época, es visibilizar los modos en que se reproducen los peores prejuicios homofóbicos (de los cuales a veces somos partícipes más o menos conscientes). Prejuicios que no necesariamente tienen que ver, como dicen muchos, con mentalidades “retrógradas”, “medievales”, o con “gente ignorante”, sino que, insistimos, muchas veces provienen de los claustros universitarios, y se reproducen y se sostienen con el valor de una “verdad” legitimada por la ciencia.

La inversión sexual adquirida

Francisco de Veyga

El positivismo argentino y sus goces II

Los casos, ya numerosos, de inversión sexual adquirida, estudiados en los Archivos de Psiquiatría y Criminología¹, merecen aumentarse con el que forma objeto de la presente observación, verdaderamente característico por varios conceptos.

Además, el sujeto ha accedido á darnos una breve noticia autobiográfica, que deja traslucir, de manera muy significativa, la psicología propia de estos sujetos, evidenciando que la vanidad y la mentira se combinan en fuertes proporciones con las anomalías morales que constituyen el núcleo mental mórbido de los invertidos.

Luis D... nació en Madrid, en el año 1880. De familia modesta, no pudo recibir educación esmerada ni cultivar su mediocre inteligencia nativa. Frecuentó escuelas del Estado desde los 7 años hasta los 13, aunque sin descollar por su dedicación al estudio ni por su buena conducta. Allí fué objeto de los primeros tocamientos deshonestos pretendiendo fornicarle algunos de sus condiscípulos; pero resistió valientemente

1 Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines. Tomo II, p. 492-496, año 1903. Extraído de la revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina, N° 7, 1999.

la agresión. Recién á la edad de 10 años fué desflorado a retro; según sus referencias, ocurrió el hecho en la forma siguiente:

Un vecino de su casa, joven de 19 años, que vendía manzanilla en una taberna próxima á la Puerta del Sol, en Madrid, demostróle durante algunas semanas particular afecto, acariciando a menudo sus nalgas y regalándole de comestibles y bebidas, con aparente desinterés. Una tarde de verano el seductor le invitó á dormir juntos la siesta; aceptado que hubo el ofrecimiento, su amigo dio en colmarle de besos y caricias, que él secundaba inconscientemente. No duraron media hora los prolegómenos: el amable garzón acomodó su pubis frente á las nalgas de la víctima y, poco á poco, le desfloró, iniciándole en la pederastía pasiva.

Refiere L. D. que la primera impresión fué desagradable; pero instado por su amigo, cuya prodigalidad le encantaba, consintió en repetir el acto. En pocas semanas acabó L. D. por encontrar agradable la fornicación homosexual.

Un enojo con su primer amante le indujo á reemplazarlo, tarea poco difícil en su medio. Desde entonces se ha dedicado, sin intermitencias, á la pederastia, que de tres años á esta parte ejerce profesionalmente.

Es un sujeto de baja estatura; su constitución física es buena, temperamento inestable, carácter tornadizo e infantil, siendo más que discreto su actual estado de nutrición. Ha ejercido la profesión de mucamo durante varios años, abandonándola para entregarse de lleno al meretricio homosexual, que le produce lo necesario para vivir; desde entonces ha adoptado el nombre de «La Bella Otero», la célebre cocota parisiense, de la que pretende ser rival. En su constitución física merece señalarse la excesiva pequeñez de sus órganos sexuales, atribuida por el interesado á la más absoluta castidad; no conoce el coito con mujeres ni ha practicado la pederastia activa. Su escaso

sistema piloso parece cohonestar su afeminamiento psíquico, así como su pie pequeño y la ausencia de bigote.

Su vida borrascosa le ha hecho incurrir en percances judiciales poco propicios á su reputación, innumerables veces ha visitado las comisarías de esta capital por desorden y escándalo, motivados con frecuencia por su costumbre de salir á la calle vestido de mujer. Ha sido pensionista de la Penitenciaría Nacional durante 6 meses, procesado por hurto.

Además de ejercer la pederastía pasiva, practica el onanismo sobre sus clientes y no desdeña el ejercicio del coito bucal; entre sus congéneres es alabado por esta última «habilidad». Por todo ello consigue tener buenas entradas, dándose una vida relativamente cómoda. Solo por excepción usa traje varonil, prefiriendo la indumentaria femenina que usa con desenfado y hasta con elegancia. Sale poco de su casa y, por lo general, en carruaje, para evitar incidentes callejeros molestos que le sería imposible esquivar, dada su relativa notoriedad entre los aficionados al género.

Contra el gusto dominante entre los demás invertidos, prefiere hombres de edad á los jóvenes; explica su gusto porque los viejos prolongan el coito y le pagan puntualmente, mientras que los jóvenes lo practican rápidamente, y en lugar de pagar le exigen dinero ó lo maltratan. Entre los viejos prefiere los barrigones y peludos; barrigones porque la intromisión del pene es menor y toda la excitación se localiza en el esfínter; peludos porque le producen gratas cosquillas en la espalda y las regiones glúteas.

Dice que el coito anal le provoca sensaciones sumamente voluptuosas; cuando lo practica con personas que le son simpáticas no defeca, para no desprenderse del esperma, cuya retención cree le conserva las ilusiones sexuales relacionadas con el acto realizado. Carece del sentimiento de la propiedad pri-

vada; y así como no siente escrúpulos ante la ajena, distribuye sus entradas entre sus congéneres, sin reparar en la cantidad que da ni en la persona que la recibe.

Su psicología mórbida, combinación curiosa de vanidad, mentira é ideas sexuales paranoides, revélase en la siguiente página, que nos entregó como autobiografía, junto con los retratos anexos, sin disimular mucho su deseo de figurar como caso clínico en el libro que preparamos sobre los invertidos sexuales.

“He nacido en Madrid, en el año de 1880. Siempre me he creído mujer, y por eso uso vestido de mujer. Me casé en Sevilla y tuve dos hijos. El varón tiene 16 años y sigue la carrera militar en París. La niña tiene 15 y se educó en el «Sacre-Coeur» de Buenos Aires. Son muy bonitos, parecidos á su papá.

Mi esposo ha muerto y soy viuda. A veces quiero morir, cuando me acuerdo de él. Buscaría los fósforos ó el carbón para matarme, pero esos suicidios me parecen propios de gente baja. Como me gustan las flores, me parece que sería delicioso morir asfixiada por perfumes.

Otras ocasiones me gustaría tomar el hábito de monja carmelita, porque soy devota de Santa Teresa de Jesús, lo mismo que todas las mujeres aristocráticas. Pero como no soy capaz de renunciar á los placeres del mundo, me quedo en mi casa á trabajar, haciendo costuras y bordados para dar á los pobres.

Soy una mujer que me gusta mucho el placer y por eso lo acepto bajo todas sus fases. Algunos dicen que por todo esto soy muy viciosa, pero yo les he escrito el siguiente verso, que se lo digo siempre á todos.

Del Buen Retiro á la Alameda los gustos locos me vengo á hacer, Muchachos míos ténganlo tieso que con la mano gusto os

daré.

Con paraguüitas y cascabeles y hasta con guante yo os las haré, y si tú quieres, chinito mío, por darte gusto la embocaré.

Si con la boca yo te incomodo y por la espalda me quieres dar, no tengas miedo, chinito mío, no tengo pliegues ya por detrás.

Si con la boca yo te incomodo y por atrás me quieres amar, no tengas miedo, chinito mío, que pronto mucho vas a gozar.

He estado en París, donde bailé en los cafés-conciertos dándole mucha envidia á otra mujer que usa mi mismo nombre para pasar por mí.

Muchos hombres jóvenes suelen ser descorteses conmigo. Pero ha de ser de gana de estar conmigo, y ¿por que no lo consiguen? porque no puedo atender á todos mis adoradores.

No quiero tener más hijos, pues me han hecho sufrir mucho los dolores del parto, aunque me asistieron mis amigas «Magda» y «Lucía», que no entienden de parto, porque nunca han estado embarazadas, porque están enfermas de los ovarios.



Fotografía de “La bella Otero”, enviada por ella misma al Dr. De Veyga.

Me subyuga pasear en Palermo, porque el pasto es más estimulante para el amor que la mullida cama.

Esta es mi historia y tengo el honor de regalarle al doctor Veyga algunos retratos con mi dedicatoria.

La Bella Otero”

Las Puertas de Tannhäuser

Andrés Rousseaux

¿Si Jason viviera, usaría un pañuelo celeste?

Ahora que tengo su atención con tan descabellado (descuartizado también sería apropiado) título, paso a explayarme al respecto. Todxs hemos visto, con mayor o menor gusto (y toda las gamas de emociones en el medio) películas de terror; dentro de este género existen variedades (por qué no, como en todos los géneros) y hoy traigo a colación las así llamadas películas Slayer. Las mismas versan generalmente acerca de un grupo de adolescentes sin ningún tipo de cuidado adulto que se enfrentan a un asesino de características sobrenaturales en algún paraje; puede ser una cabaña en el lago y/o bosque, el espacio o Manhattan. En estos escenarios, el protagonista suele ser este terrible asesino¹, quien usando todo un arsenal de objetos imaginables, aterroriza, caza y mata a los jóvenes. Puede que la policía intervenga, sin mucho éxito, en detener al asesino. Entonces, ¿quién podrá salvarnos?: la última chica

¹ Por ejemplo Jason Voorhees, protagonista de la saga de películas "Slayer" Martes 13.

o la mujer definitiva.

Antes de explicar quién es tan dichoso personaje, necesito detenerme en algunos conceptos para ver a dónde voy. Primero que nada debemos saber que es un arquetipo, entendiendo el mismo como un patrón del cual otros objetos, ideas o conceptos se derivan; una estructura funcional que subyace a la conducta de un individuo, grupo o sociedad en su conjunto, estableciendo una serie de automatismos a los que se responde de forma espontánea. Así de complejo, así de simple.

¿Nunca se detuvieron a pensar que los personajes de las películas *Slayer* son siempre los mismos? ²Tenemos al “deportista”, que oscila entre ser un idiota agrandado a querer ser el héroe y morir de manera horrenda, casi al final, salvando o intentando hacerlo, a la dichosa última chica; luego tenemos al “tonto”, que suele ser un nerd (no necesariamente intelectual o sabiondo), con características de cobarde y que puede o no llevar las drogas a la cabaña; la “chica fácil”, exuberante, en versiones yanquis suele ser porrista, que puede o no estar con el deportista, pero que seguro no es virgen y muere en la escena de sexo, ya sea durante o después; el “sabio”, joven que tiene algún conocimiento sin ser nerd, amigo o acompañante del deportista, que suele dilucidar de qué va la cosa entre medio de tanta sangre; y por último y no menos importante, “la última chica”, inexperta (en todos los sentidos) suele pasar por un viaje de tortura y miedo, viendo como muere el resto. Pero esto no es casual.³

El término “Última chica” fue usado por primera vez por la profesora Carol Clover en su libro de 1992 *Men, Women, and Chainsaws* (“Hombres, mujeres y sierras mecánicas”),

2 Ni entro en el tema de que si formás parte de una minoría étnica y/o religiosa sos el primero en morir

3 A los interesados en el tema, recomiendo *The cabin in the Wood* (2012). No esperen una obra maestra, pero roban con esta idea como lo estoy haciendo ahora.

donde explica cómo la heroína de las películas de terror, normalmente cumple con determinados criterios: es sexualmente inalcanzable y pura de corazón. La última chica es la chica que sobrevive a la masacre para poder explicarlo, la que termina con el asesino en serie conforme los personajes son asesinados uno tras otro, la película se dirige hacia la inevitable confrontación entre la chica y el villano, adquiriendo características masculinas, venciendo por su rectitud moral. Tener presente a Jamie Lee Curtis, en Halloween I.

Volviendo a los arquetipos y siguiendo a Jung, los arquetipos son la forma que le son dadas a algunas experiencias y recuerdos de nuestros primeros antepasados, o lo que es lo mismo, no nos desarrollamos de manera aislada al resto de la sociedad, sino que el contexto cultural nos influye en lo más íntimo, transmitiéndonos esquemas de pensamiento y de experimentación de la realidad. En los individuos pasan a ser patrones emocionales y de conducta que sirve para procesar sensaciones, imágenes y percepciones como un todo con sentido, acumulándose en nuestro inconsciente colectivo para formar un molde que le da significado a lo que nos pasa. Para procesarlos, creamos símbolos, mitos y por qué no, películas, que dan cuenta de cómo piensa una sociedad en un momento determinado y que de estos arquetipos perduran en lo que percibimos como presente. El héroe, la virgen, la puta, el sabio/mago, etc. existen desde que alguien pudo hablar.

Ahora bien, ¿podemos modificar estos arquetipos? ¿Si les queda alguna duda, es que no leyeron nada de arriba! ¡Claro! Si son patrones culturales creados por nosotrxs. Siguiendo la temática Slayer, tenemos al colectivo feminista “The Final Girls”, en Londres. Una intersección entre las películas de terror y el feminismo mediante proyecciones y fanzines, a fin de reclamar para las mujeres un género tremendamente masculinizado⁴. Siguiendo esta idea, tenemos “La semilla del diablo”

4 Gracias a este colectivo conocí “Navidades sangrientas”, primeras películas de cine Slayer., donde la última superviviente dice que quiere abortar,

acerca del miedo a la maternidad y al parto, dirigida por un hombre, escrita por un hombre y basada en una novela cuyo autor es un hombre, recomendada por las Final Girls.

Una buena forma de romper los arquetipos es crear unos nuevos; entonces para vencer al asesino no tenés que ser una mujer masculinizada sádicamente⁵ o, mejor aún, creer y sostener que la única forma en que una mujer puede alcanzar el éxito es a través del sufrimiento y la castidad para salvar a más jóvenes varones de ser asesinados, idea que subyace a estas pelis. ¿Hay que destruir a este género de películas? No sería la solución a nada, pero si tener en cuenta que sería interesante reproducir nuevos arquetipos.

Para finalizar, y respondiendo a la inquietud inicial, le doy el beneficio de la duda a Jason. Pero de lo que estoy seguro es que ni él junto a Michael Myers y Freddy mataron tanta gente como el negar los derechos, otro arquetipo pendiente a reformular.

algo que va en contra de las características habituales de una película de terror.

5 Buen ejemplo de esto es “Book of Monster”(2018), donde la protagonista femenina es entrenada por su madre para cazar monstruos, dedicándose a esto con sus amigas, ridiculizando a los roles masculinos en este tipo de películas. No es una gran obra de la filmografía, pero es digna de ver.

Desafíos cognitivos: bibliografía alternativa

Daniel Matusevich

“These are not the “living dead”. They are the dying who lived and who deserve our care and concern because of their continuing place as persons in the human world”.

C. Aquilina, J. Hughes, 2006.

Los deterioros cognitivos y las demencias están redefiniendo el paisaje cultural de nuestro tiempo ya que, debido al progresivo envejecimiento poblacional, cada vez existen más personas y familias significadas por este tipo de diagnósticos. La medicalización de algunos de los nuevos modos de envejecer plantea desafíos teóricos y clínicos a todas las profesionales de la Salud Mental; frente a los mismos es necesario estar alerta, descartando la post verdad presente en mucha de la literatura convencional referida al tema. Por otro lado, existen fuentes bibliográficas “no convencionales” esperando ser descubiertas y accesibles a aquellas dispuestas a dudar de la historia oficial.

Stephen Post plantea que vivimos en lo que él dio en lla-

mar “cultura Hiper cognitiva” en la cual el valor máximo está dado por la hiper cognición mientras que el negativo de dicho valor son los olvidos y sus circunstancias, ya que éstos violan el espíritu de una época en la que predominan el autocontrol, la independencia, la productividad económica y la capacidad cognitiva como elementos principales, que configuran la imagen de la mujer/del hombre de la post modernidad tardía. La sociedad Hiper cognitiva desvaloriza los aspectos emocionales, relacionales, estéticos y espirituales del ser humano, privilegiando la racionalidad y la productividad por sobre cualquier característica (1).

En este contexto la persona que olvida inmediatamente deja de satisfacer las expectativas culturales: en palabras de Erving Goffman pasa de ser una persona completa y normal a ser una cuestionada y disminuida. Este autor explica la identidad como una construcción social que emerge de la interacción y necesita sutiles estrategias para mantenerse; el diagnóstico de deterioro cognitivo implica entrar en la categoría de “identidad deteriorada”: dejar de ser identificada por su vida y pasar a ser identificada por la nueva categoría diagnóstica de la cual forma parte (2).

En dos publicaciones anteriores, una del 2009 y otra del 2013, escrita en colaboración con Hugo Pisa, delineábamos una situación que se ha ido intensificado con el paso de los años; nos referimos al prejuicio que se instala en aquellas situaciones en las cuales el olvidar deja de formar parte del envejecimiento y pasa a ser síntoma de un proceso de deterioro cognitivo. Hacemos referencia aquí a una novedosa modalidad de viejismo aplicada a aquellos que comienzan a no poder recordar; de esta forma se desarrolla una conducta social compleja y abarcativa, con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas y antropológicas que son utilizadas para desvalorizar y discriminar a las personas en función de su edad y de la disminución de su capacidad cognitiva (3,4).

La coexistencia de los avances en el campo de las neurociencias, en la clínica y en la ética es compleja y muchas veces contradictoria. Las transiciones entre los diversos modos de olvidos no están exentas de paradojas y de argumentaciones, no existe una sola forma de analizar la cuestión, por lo que el paciente, su familia y el clínico inevitablemente deberán posicionarse frente a un escenario incierto y cambiante. Diagnóstico precoz, precocísimo diríamos, a partir de imágenes y marcadores, diagnosticar aquello que no se puede curar, decisiones llevadas adelante con los cuidadores, dejando de lado a aquel que está olvidando, drogas que según algunos retrasan la evolución de la enfermedad y que, según otros, casi no producen ningún efecto y así podríamos seguir delineando una interfase donde es casi imposible manejarse con certezas (3,4).

La intervención biomédica convencional constituida casi exclusivamente por imágenes cerebrales, drogas y rehabilitación cognitiva de ninguna manera está a la altura de las circunstancias. Por el contrario, creemos que ese tipo de estrategias son funcionales a la política de la estigmatización, ya que contribuyen a mantener fijos una serie de roles que están en constante movimiento y cambio.

A partir de la publicación del libro de Peter Whitehouse y Daniel George “The myth of Alzheimer” el estatus de “el ladrón que nos robó el alma” está en discusión: estos autores, a partir de un desarrollo clínico, histórico y epistemológico plantean claramente que dedicar fondos a buscar la “bala de plata” que cure la enfermedad distrae energías del verdadero problema que es el envejecimiento en nuestra sociedad. Plantean claramente que “...el Alzheimer es un poderoso mito cultural, comprado por compañías farmacéuticas, por organizaciones de familiares y por investigadores privados con mucho por ganar. Es un mito que ha seducido a nuestra sociedad con su combinación de miedo y “hype” y que ha distorsionado nuestras expectativas y nuestra comprensión acerca del enve-

jecimiento” (traducción propia); el análisis de este texto con destino de clásico excede nuestra presentación, simplemente dejamos aquí planteadas estas reflexiones que retomaremos en un trabajo futuro (5). Vale la pena profundizar en la idea de instalarnos en el lugar social que ocupan aquellas personas que las sufren, o, mejor dicho, en palabras de Marc Auge en el “no lugar” que ocupan”. “No lugar” definido por las coordenadas sociales y médicas de la estigmatización y de la institucionalización, que se van instalando al ritmo de los cambios que se producen en la identidad de la persona que las padece (6).

Existen otras posibilidades: hemos seleccionado algunos ejemplos narrativos que ilustran modos y maneras de evitar caer en la deshumanización, mostrando que en la literatura existen visiones que muestran a personas que continúan viviendo al mismo tiempo que van olvidando, que pelean por seguir ocupando un lugar y que muchas veces son acompañadas por sus familias en la larga jornada a través de intentar seguir siendo ellos mismos mientras inevitablemente están cambiando. Complementamos estas sugerencias con un par de textos “académicos” (algunos ya comentamos en las líneas anteriores), caracterizados por realizar aportes desde la periferia de su horizonte de conocimiento.

Lo que olvidamos, Paloma Diaz-Mas, 2016 (7)

Novela breve, estructurada en episodios, en la cual la autora relata la progresión de la Enfermedad de Alzheimer de su madre. Da una muy buena idea general de cómo se va dando el proceso, sobre todo la complejidad de las primeras etapas con el fenómeno de extrañamiento de la persona (frente al mundo que está cambiando) y de la familia (frente a la persona que está cambiando). Esto se verifica frente los objetos: “...y de repente un día, tras beber su café, mi madre alzó la taza, la levantó un poco para ponerla a la altura de sus ojos, la examinó con

atención y dijo: “Qué tazón más bonito. Mi madre tenía uno parecido”, y nosotros entendimos que aquel objeto familiar, tan visto y tan usado, había adquirido una nueva dimensión, como si acabase de ser estrenado o, mejor dicho, recreado en la mirada de nuestra madre que creía verlo por primera vez” y frente a la casa: “Pero ahora seguir aquel camino trillado se convertía en un reto o en una aventura: nunca se sabía dónde iba a conducir aquel corredor tan largo, no era posible prever qué habitación se abría detrás de cada puerta. Y en ese hábitat confuso, que había dejado de ser suyo, que miraba cada día, en cada instante, como si acabase de descubrirlo, como si nunca hubiera estado allí, ella se sentía angustiada y cada vez con mayor frecuencia repetía: “Hija, sácame de aquí, quiero volver a casa”. Me lo decía sólo a mí, nunca a mis hermanos varones, como si yo, única hija, fuese la encargada de salvarla”. A las lectoras no se les debe haber pasado por alto la perspectiva de género en relación con las citas anteriores: no es lo mismo ser hija que ser hijo de madre con Alzheimer, el tema de los cuidados, ya sean familiares o profesionales, están atravesados por la cuestión de género casi como ningún otro.

Más allá del brillo y la riqueza descriptiva nos interesa remarcar en este fragmento la profundidad de la mirada semiológica, como no la hemos encontrado en ningún libro de psicogeriatría que conozcamos; es ahí cuando la narrativa se hace imprescindible al darle la posibilidad a la clínica de capturar la esencia de un momento único, que de otra forma sería simplemente un tic en la historia clínica: desorientación.

Batman y Robin tienen un altercado, Stephen King, 2016 (8)

Varios cuentos y libros de King están protagonizados por ancianas, incluso algunas de ellas con fallas en la memoria: recordamos aquí a Elizabeth Westlake en Duma Key y su frase “Estoy disfrutando de uno de mis claros de lucidez. Me encan-

tan y los valoro, pero también me entristecen. Es como estar en un planeador y elevarse con una ráfaga de viento sobre un banco de niebla a ras del suelo. Por un momento una puede verlo todo tan claramente... y al mismo tiempo una sabe que el viento morirá y el planeador de una se hundirá en la niebla de nuevo”.

En este caso la relación de un padre y un hijo está contada en clave de demencia, lo que le permite al autor recorrer una serie de temas clásicos, como por ejemplo las instituciones (“La residencia donde su padre pasa los brumosos años finales de su vida se llama en realidad Unidad de Cuidados Especiales Harvest Hills, pero Sanderson considera más exacto el nombre Casa Súmmum”), las fallas en la memoria (“Corre ya un chiste antiguo sobre el Alzheimer: lo bueno es que conoces gente nueva todos los días. Sanderson ha descubierto que lo bueno es más bien que el guión rara vez cambia. Lo que significa que uno casi nunca tiene que improvisar. El Applebee’s, por ejemplo. A pesar de que comen todos los domingos en el mismo sitio desde hace ya más de tres años, su padre casi siempre dice lo mismo: “Esto no está mal, deberíamos volver”.) o la ida al baño (“Sanderson lo acompaña al lavabo de hombres, y su padre se deja bajar la cremallera de la bragueta, pero cuando Sanderson intenta deslizar el elástico del protector absorbente su padre le aparta los dedos de un manotazo. -Nunca se toca el nabo de otro hombre, pipiolo -dice, molesto- ¿Es que no lo sabes? Preparados, listos, fuego- dice Sanderson. Su padre le lanza una mirada de recelo y a continuación le parte el corazón con una sonrisa. -Yo decía eso mismo a mis hijos cuando dejaban el pañal y les enseñaba a ir al baño -dice.”). Pero quizás lo más interesante del relato es el final de el mismo, donde el padre del protagonista toma el control de la historia, en un desenlace totalmente alejado de los lugares comunes de las historias de personas con demencia: “Ayuda al cruzado de la capa de 83 años a subir al coche y cierra la puerta para que no entre el calor. El primer coche de la policía municipal está deteniéndose, y querrían que se identifique. El Chico Maravilla de 61

años, con las manos en el costado dolorido, vuelve renqueante al lado del conductor para recoger su documentación de la calzada”. Cuando leemos que el cuento está dedicado a John Irving (el Rey de la diversidad, muchísimo antes de que esta fuera una moda) resignificamos toda la lectura en el sentido de estar seguros de que aquellos diferentes, sensibles, que no encajan van a terminar encontrando un destino.

Trampas jugando a la canasta, William Trevor, 2012 (9)

Brevísimo y melancólico relato en el que un marido cumple el deseo de su esposa; nos habla de cómo se sostiene la identidad más allá de todo: “Pase lo que pase -había dicho Julia, consciente de lo que se avecinaba- nunca dejemos de jugar a las cartas. Y así fue; porque incluso cuando ella fue perdiendo la memoria, un poco más día a día -despojada de sus hijos, su casa, sus macizos de flores, sus pertenencias, su ropa-, las partidas entre ellos en la sala de estar comunitaria eran una realidad que su mal aún le permitía”. Esta historia es un ejemplo de lo que Stephen Post dio en llamar “cultura de la demencia”, opuesto a la hipertecnologización propuesto por el modelo convencional biomédico; aquí el cuidado está dado por el afecto y la continencia más que por el hacer, aceptar los diferentes modelos de olvidos como formas de estar y ser en el mundo, idea esencial para evitar la marginación y la segregación que separa a los seres humanos entre los cognitivamente intactos y los “muertos vivos”. El mismo Post cuenta que en la China la declinación cognitiva no es tan temida ni tan asociada a enfermedad, sino que más bien es vista como el final de un ciclo que debe ser integrado a la vida de todos los días.

Quejas, Jeffrey Eugenides, 2018 (10)

Podríamos decir que este cuento es una especie de versión

escrita de Thelma y Louise en clave de demencia: dos amigas escapan de la institución en la cual una de ellas, que padece Alzheimer, está alojada (“Al subir por el camino de entrada en el coche de alquiler, Cathy ve el cartel y tiene que echarse a reír: “Lyndham Falls, Retiro con encanto. Desde afuera, frente a las ventanas con cortinas y las puertas castigadas por la intemperie, se intuye un interior habitado por vidas solitarias.”). La huida sirve como justificación para recordar episodios de la vida pasada de ambas, una excusa para articular una reflexión acerca de la enfermedad y la amistad (“Della, por su parte, nunca ha mencionado su diagnóstico médico; siempre se refiere a él como “su dolencia”, o “esto que tengo”. Una vez dijo: nunca puedo recordar el nombre de lo que tengo. Es algo que tienes cuando eres viejo. Eso que casi nadie quiere recordar. Eso es lo que tengo.”). Esta historia comparte con las otras lecturas sugeridas una absoluta falta de condescendencia con respecto al destino de los personajes y una gran naturalidad al momento de tener que tomar decisiones que cambian la vida de las protagonistas: “Relee un poco “Las dos ancianas” de cuando en cuando, pero no parece que vaya a acabarlo nunca. Tampoco le importa mucho. Ya sabe cómo acaba. Las dos ancianas sobreviven al crudo invierno, y cuando su tribu vuelve, aún famélica, las dos mujeres les enseñan lo que han aprendido. Y a partir de entonces esa comunidad esquimal nunca abandona a sus mayores”.

Dementia. Mind, meaning and the person, Julian Hughes, Stephen Louw y Steven Sabat, 2006 (11)

Este libro (lamentablemente solo se dispone de la versión inglesa) explora en clave filosófica diferentes aspectos de la enfermedad, estableciendo una matriz humanista de comprensión y tratamiento, lo que le permite a la clínica posicionarse de una manera distinta a momento de tratar a estas pacientes. Trabajos como el de Normann, Asplund y Norberg, en el que

las autoras comunican 92 episodios de lucidez en personas institucionalizadas que padecen demencias severas han servido de inspiración para que filósofas, antropólogas, psicólogas y médicas delimiten un marco de tratamiento más espiritual, ecológico y sostenido en los valores (más que en la evidencia) de las personas que padecen los desafíos cognitivo y sus familias.

Creemos que el eje articulador del texto es el trabajo de Aquilina y Hughes “The return of the living dead: agency lost and found” inspirado en la obra y las ideas del director de cine George Romero. En varias de las diferentes películas que componen la saga, los zombis son cuerpos muertos, pero a la vez son seres humanos que sienten y pueden percibir la agonía de su decadencia. Podemos decir que estas personas habitan una “dimensión desconocida” ubicada justo entre la vida y la muerte; en nuestra sociedad los seres humanos que padecen demencia pueden ser tratados como muertos ambulantes que despiertan temor y lástima al mismo tiempo.

La palabra latina demencia fue utilizada por primera vez en Roma y proviene del vocablo demens cuyo significado en inglés es “out of one mind”, algo así como “se le fue la mente de paseo”; una idea fundamental sostenida por gran cantidad de autores es la que a medida que la enfermedad progresa la persona que la sufre va perdiendo lentamente su “yo” (self), entendiendo por self a aquello que nos define como humano. Dicho en otras palabras, lo que la enfermedad produce es una deshumanización progresiva en aquellos que la padecen hasta llegar a ser desconocidos. Son muy habituales los comentarios de las familias y los cuidadores refiriendo que la persona que están cuidando ya no es más la persona que una vez conocieron; probablemente el punto de quiebre donde esto queda establecido es cuando la persona que padece demencia deja de (re)conocer a las personas del entorno. De esta forma se va instituyendo lo que Tom Kitwood (otro autor imprescindible) llamó “psicología social maligna” que consiste en la infantilización, la estigmatización y la pérdida de lugar social de las ancianas frágiles y las dementes: ”Una enfermera dedicada

cuidando a alguien como la señora A., con demencia severa, tendería, nosotros creemos, a decir como Wittgenstein dice en su discusión, “Mi actitud hacia él es la actitud hacia un alma”. Esto reflejaría el compromiso de la enfermera hacia la persona como sujeto de preocupación, no simplemente como un objeto” (traducción personal).

El cerebro de mi padre, Jonathan Franzen, 2003 (13)

En este ensayo-relato, incluido en el libro “Cómo estar solo”, el escritor norteamericano Jonathan Franzen explora los cambios graduales en la identidad de su padre, enfermo de Alzheimer; es un recorrido mezcla de precisiones personales con datos reunidos sobre la enfermedad a partir de que el autor recibe por correo el informe neuropatológico sobre la autopsia “del cerebro de mi padre”.

Nos detenemos en los “episodios lúcidos”, momentos en donde la persona enferma abandona el “confinamiento mental” al que lo somete la demencia a través de actitudes o comentarios que demuestran que está mucho más conectado con su situación de lo que se pueda llegar a imaginar: “Durante un par de días le había visitado en la residencia durante noventa minutos ineludibles y escuchado sus murmuraciones sobre mi madre y sus afables conjeturas sobre determinados objetos diminutos que insistía en que veía sobre las mangas de su suéter y las rodilleras de sus pantalones. No había cambiado cuando pasé a verle la última mañana, era el mismo cuando le llevé a su habitación en la silla de ruedas y le dije que me iba fuera de la ciudad. Pero entonces levantó la cara hacia mí y dijo: Gracias por venir, agradezco que dediques tiempo a verme. ¿Frasas hechas de cortesía? ¿Un atisbo de su yo fundamental? Parece que tengo pocas opciones sobre la versión que creer”.

El autor plantea que la tristeza y el horror que despiertan la enfermedad proceden de que el paciente pierde su “yo” mucho antes de que su cuerpo muera; veamos qué nos dice

Franzen al respecto: “Esto me parece, en general, correcto. Para cuando el corazón de mi padre se detuvo, hacía años que yo le lloraba. Y, sin embargo, cuando pienso en su historia, me pregunto si las diversas clases de muerte pueden estar en realidad tan separadas, y si la memoria y la conciencia poseen tanta importancia, al fin y al cabo para la sede de la identidad. No paró de buscar significados en los dos años que siguieron a la pérdida de su supuesto “yo”, y no cesó de encontrarlos”. Elvio Gandolfo, cuyo padre también fue víctima de la misma enfermedad, sostiene, en una interesante crítica al relato de Franzen, que la propia naturaleza de lo narrado impone esa mirada americana que parece confiar en la pura razón y el pragmatismo para alejar los matices y las complejidades del dolor, el recuerdo y los sentimientos; sin embargo, también podemos agregar que en ese pragmatismo existe una búsqueda que permiten dotar de sentido y de humanidad a las jornadas marcadas por el padecimiento (14).

Para Franzen la diferencia entre la vida y la muerte radica en que una vez muerto “No habría nuevos recuerdos de él. Las únicas historias que ahora podríamos contar eran las que ya teníamos”; o sea que una cualidad esencial de la vida reside en la capacidad de ser objeto de las historias de los otros así como de usar a los otros para construir historias sobre ellos mismos. Las historias, entonces, nos mantienen vivos.

Desarticulaciones, Silvia Molloy, 2010. El eco de mi madre, Tamara Kamenszain, 2012.

Este inclasificable texto de Silvia Molloy nos abre las puertas a la posibilidad de echar una mirada diferente sobre la vida de aquellas personas que están perdiendo la memoria. La narradora visita casi diariamente a una amiga aquejada de mal de Alzheimer e intenta establecer un mapa acerca de cómo se va descomponiendo una mente sumergida en los océanos del olvido.

El relato está estructurado en micro capítulos que se suceden sin una lógica interna, desarrollando diferentes facetas de una relación que inevitablemente no va a volver a ser la misma. Una vez avanzado en el relato, el lector puede elegir leer cualquier capítulo al azar pudiendo comprobar la exquisita lógica interna que desarrolló la autora a través de una prosa exacta, casi quirúrgica, pero atravesada por cuotas de riquísima sensibilidad. Molloy, que actualmente está a cargo del Departamento de Escritura Creativa de la Universidad de New York, ha buceado previamente en la cuestión de la memoria en un par de novelas anteriores, pero nunca, creemos nosotros, llegó a los límites que quedan configurados en *Desarticulaciones*.

Esos límites son explorados a fondo, con frases que quedan resonando entre el misterio y la inquietud: "...no ha olvidado la estructura de la lengua, hasta se diría que la tiene más presente que nunca ahora que anochece en su mente (...) cómo dice yo el que no recuerda, ¿cuál es el lugar de su enunciación cuando se ha destejido la memoria?...hablar con un desmemoriado es como hablar con un ciego y contarle lo que uno ve: el otro no es testigo y, sobre todo, no puede contradecir".

Las páginas de Molloy son muy apropiadas para aquellas clínicas que se atrevan a acompañar a sus pacientes en su jornada a través del olvido, ya que pueden hacer las veces de bitácora en un mundo que se transmuta cada segundo que pasa, sin puntos de referencia seguros.

En esta misma línea (si es que podemos hablar aquí de línea) encontramos al libro de poemas "El eco de mi madre", de Tamara Kamenszain, testimonio poético de una hija a una madre que se está muriendo y que además padece demencia.

El diálogo establecido entre ambas es un punto de referencia ineludible para nuestro rastreo bibliográfico, en palabras de la propia Molloy: "...nuestros libros fueron paralelos, en el sentido de que fueron escritos en la misma época y publicados el mismo año. Y, en efecto, hablamos con Tamara de lo que estábamos haciendo, o mejor, de lo que no podíamos dejar de hacer: las dos sentíamos el mismo desamparo ante la per-

sona querida que se nos va y la misma urgencia de escritura. “El eco de mi madre” es un libro único, ya a partir del título mismo que recuerda precisamente el remanente, lo que queda de la persona que se está yendo, esa voz que ya es eco, que se confunde con el silencio sin por ello dejar de decir: ‘escucha lo que no dice’. La poesía de Tamara recupera el asombro y el vértigo ante lo que se está yendo como no lo logra otro texto”. Kamenszain abraza el destino de la pérdida desde el mismo título, intenta adaptarse a situaciones que van cambiando día a día viviendo una vida sin respuestas (“Hay golpes en la vida tan fuertes/que me demoro en el verso de Vallejo/para dejar dicho de entrada/lo que sin duda el eco de mi madre/rematará entre puntos suspensivos:/yo no sé...yo no sé...yo no sé...”).

Si bien la autora desconfía acerca de si la narración puede dar cuenta del sufrimiento (“No puedo narrar./¿Que pretérito me serviría/si mi madre ya no me teje más?/Desmadrada entonces me detengo...”), a poco de leer los primeros poemas nuestra percepción de los olvidos comienza a cambiar al ritmo de una precisión en las palabras y las descripciones que nos abisma (“Sentada al borde de su memoria/me archivo como puedo en ese olvido que la trabaja/entre nosotras las palabras se acortan/ella no habla yo dejo de decir lo que decía”). Los poemas van relatando cómo la relación se va reformulando, cómo van cambiando las coordenadas de los encuentros (“Avanza protegida por lo que no dice su amnesia/y me pierde a mí en otro idioma/nos encuentra sueltas nuestras maternidades adoptivas/soy ahora por ella la hija que crece sin remedio/para dejarla decrecer tranquila entre mis brazos”) hasta la despedida final (“Del otro lado del dormitorio familiar/fijo como una roca al espacio inhóspito del desalojo/ahí, más allá de los retratos de abuelos/señalando esa almohada que ya nadie usa/pegado a las valijas que esperan de pie/ahí es donde crece el fantasma del asilo”).

Bibliografía

- Post S. The moral challenge of Alzheimer Disease. Ethical Issues from Diagnosis to Dying. Johns Hopkins University Press, 2000. Baltimore.
- Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu, 2010. Buenos Aires.
- Matusevich D. Pisa H. Deterioro cognitivo: la identidad de los olvidados. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría 2013; 24 (108):104-13.
- Matusevich D. Una hipótesis acerca de la construcción social de la demencia. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría 2009; 20 (87): 379-84.
- Whitehouse P. George D. The myth of Alzheimer. St. Martin Griffin, 2008. New York.
- Auge M. Los no lugares. Espacios del anonimato. Gedisa, 2004. Barcelona.
- Diaz-Mas P. Lo que olvidamos. Anagrama, 2016. Barcelona.
- King S. Batman y Robin tienen un altercado en El bazar de los malos sueños. Penguin Random House, 2017. Buenos Aires.
- Trevor W. Trampas jugando a la canasta en Una relación perfecta. Salamandra, 2012. Barcelona.
- Eugenides J. Quejas en Denuncia inmediata. Anagrama, 2018. Buenos Aires.
- Hughes J. Louw S. Sabat S. Dementia. Mind, meaning, and the person. Oxford University Press, 2006. New York.
- Hughes J. Thinking through dementia. Oxford University Press, 2011. New York.
- Franzen J. El cerebro de mi padre en Como estar solo. Grupo Planeta/Seix Barral, 2004. Buenos Aires.
- Gandolfo E. En el condominio de materia gris. Diario Perfil. 2008.
- Molloy S. Desarticulaciones. Eterna Cadencia, 2010. Buenos Aires.
- Kamenszain T. El eco de mi madre en La novela de la poesía. Adriana Hidalgo Editora, 2012. Buenos Aires.

Horizontes de la Clínica

Franco Ingrassia

Redes

01. Clínica

Si bien el trabajo clínico tiene una centralidad innegable en la trama interdisciplinaria que constituye el campo de la salud mental, los debates sobre la clínica suelen desarrollarse mayormente en el plano de las modalidades de intervención y de las operaciones diagnósticas, teniendo la discusión sobre el “para qué” del trabajo clínico un peso menor. Sin embargo, es en ese plano del debate en el que se pone en juego la posibilidad más clara de construir una reflexión sobre la ética de nuestras prácticas.

En este sentido, este escrito apunta, junto a otros aportes, a ir construyendo un vocabulario interdisciplinario, un lenguaje común —construido de forma transdisciplinaria— que permita que las discusiones clínicas sean interdisciplinarias. Es decir, que exista la posibilidad de desarrollar una crítica interdisciplinaria al interior del pensamiento clínico. Que la construcción de estrategias se realice en ese espacio común que va más allá incluso del mero diálogo “entre” disciplinas.

02. Horizonte

Una vía posible para plantear el debate acerca de la ética que orienta nuestras prácticas clínicas parte de la noción de horizonte. En el marco del argumento que vamos a plantear, las diferencias éticas entre diversas orientaciones de la clínica pueden formularse en términos de los diferentes horizontes según los cuales el trabajo clínico establece sus estrategias de intervención.

Para qué diagnosticamos, para qué pensamos estrategias e intervenciones, con qué criterios evaluamos globalmente la eficacia de un abordaje clínico. Cada una de estas preguntas están atravesadas, tanto por las particularidades de cada caso como por el horizonte de nuestro trabajo clínico. Horizonte que, al no estar sujeto a la contingencia de las situaciones de intervención, equivale al posicionamiento ético lógicamente previo a nuestra implicación concreta.

Lo que vamos a presentar a continuación son tres posibles horizontes para la clínica, que pueden encontrarse más explícita o más implícitamente activos en experiencias clínicas concretas. Y que suelen otorgar legibilidad, tanto a las intervenciones como a las tensiones que suelen acontecer en los equipos, instituciones y territorios en los que se desarrolla el trabajo propio de la salud mental.

03. La normalidad como horizonte

“La norma impone una exigencia a una existencia”. La afirmación de Canguilhem puede servirnos aquí como punto de partida. En el campo de la Salud Mental las clínicas que tienen a la normalidad como horizonte se constituyen por interpolación de cierta lógica propia de la medicina, en la que

lo patológico se concibe como alteración o desvío respecto de lo normal. La traslación de esta lógica al campo de la subjetividad implica la designación de determinados modos de vida como “normales” y la calificación de cualquier otra posibilidad existencial, más allá de determinado umbral de variación, como “patológica”.

Ello determina todas las instancias de la experiencia clínica. Diagnosticar, cuando el horizonte de la clínica es la normalidad, implicará situar cuáles son los puntos de divergencia particulares del caso respecto a la referencia normativa. Y, consecuentemente, la terapéutica será entendida como un proceso de normalización, orientándose hacia la remisión de toda diferencia patologizada en la instancia de diagnóstico.

Una crítica habitual a este paradigma clínico consiste en señalar que este tipo de procesos de normalización suelen desatender el padecimiento psíquico que, muchas veces, implica la normalización para ciertos sujetos. Este planteo crítico conduce al siguiente horizonte clínico.

04. El alivio del sufrimiento como horizonte

Si la patologización de la diferencia en tanto anormalidad cede su centralidad a una preocupación por los montos de padecimiento mental, entonces nos encontramos emplazados en un paradigma clínico en el que el alivio del sufrimiento opera como horizonte.

La clínica del alivio del sufrimiento se constituye en cierta medida bajo un paradigma paliativo. Intervendrá apuntando a la resolución de conflictos o en el plano de lo que lea como causalidad del padecer tanto como le sea posible. Pero la mayor parte de las intervenciones se situarán en el plano sintomático. Consecuentemente, el diagnóstico pasará por consignar

modalidades e intensidades de los padecimientos subjetivos. Y la terapéutica hará del alivio el criterio central para medir su eficacia.

Ante este paradigma, que posee una vasta genealogía que precede ampliamente la constitución del campo de la salud mental en tanto tal (e incluso precede el nacimiento de la medicina moderna), pueden esgrimirse las siguientes preguntas a modo de crítica: ¿cuáles son las consecuencias de intervenir clínicamente bajo la premisa invariable de que “menos” sufrimiento es siempre “mejor”? ¿qué posibilidades existenciales, qué decisiones de vida posibles para un sujeto, quedan excluidas o desalentadas ante la posibilidad de que impliquen alguna dimensión de padecimiento? ¿hasta qué punto el alivio del sufrimiento no se convierte en una lógica normativa específica? La línea de razonamiento que estas preguntas vehiculizan (la focalización en las decisiones y posibilidades que pueden estar en juego en la vida de las personas) comienza a despejar el campo de elaboración de un tercer horizonte.

05. La autonomía como horizonte

Hacer de la autonomía subjetiva el horizonte de la clínica implica el desplazamiento de la patologización de la diferencia propia del paradigma normativo como así también la diferenciación cualitativa de los padecimientos, contextualizándolos en situaciones que implican conflictos entre los procesos de subjetivación autónoma y sus obstáculos.

En ese sentido, la estrategia clínica adquiere centralidad, en tanto producción de una orientación singularizada que apunte a orientar las múltiples intervenciones clínicas posibles en función de que obren como condición de posibilidad para una ampliación del campo de lo posible de los sujetos que reciben tratamiento. El punto de partida de los diagnósticos

será entonces la propia problematización del sujeto, incluso las sucesivas problematizaciones que devengan posibles a lo largo del trabajo clínico.

Tener la autonomía como horizonte del trabajo clínico implica pensar que nuestras intervenciones deben orientarse a apuntalar aquellos recursos subjetivos singulares de los que un sujeto disponga o pueda desarrollar para abordar de formas inéditas los conflictos que él o ella misma puedan ir situando en sus vidas, generando mayores posibilidades de sustituir las repeticiones involuntarias por actos fundados en decisiones que se reconozcan como propias.

Los procesos de subjetivación resultantes podrán producir formas de vida más o menos “habituales”, implicarán mayores o menores niveles de malestar, pero conllevarán mayores niveles de autonomía.

Entender la clínica como el acompañamiento de un sujeto en la construcción de una vida más autónoma o, en una fórmula que no deja de ser paradójica pero al mismo tiempo productiva, tan autónoma como lo desee, implica que la dimensión singular de la vida (dimensión que no necesariamente excluye a lo colectivo sino que lo asume bajo la pregunta sobre los modos singulares de inscripción de los sujetos en las formas de la sociabilidad) se vuelve el plano de orientación del trabajo clínico, que deberá reinventarse cada vez.

06. Hacia una inteligencia colectiva en el pensamiento clínico

Ninguno de estos tres paradigmas clínicos son asignables a una disciplina en particular. Prescribir un fármaco, realizar un acompañamiento terapéutico, intervenir con la palabra en el marco de una entrevista, posibilitar el acceso a un recurso

público-estatal, ofertar un alojamiento institucional, promover instancias de encuentro y de lazo social, son todas intervenciones clínicas que podrán inscribirse en cualquiera de los tres horizontes presentados. La articulación de estos horizontes ('para qué' intervenimos) con la particularidad de la situación ('dónde' y 'ante qué' intervenimos) permitirá leer tanto la pertinencia como la eficacia de las intervenciones.

El trabajo de explicitación y formalización de los diferentes horizontes clínicos posibles pretende ser un aporte a la construcción de procesos de inteligencia colectiva en el pensamiento clínico. Como ha sido dicho, se trata de trabajar por el desarrollo de "una inteligencia que no excluya las desinteligencias", permitiendo desplegar y elaborar las tensiones que se constituyen más allá de las diferencias personales o disciplinares, en una dimensión crucial de nuestro trabajo: la dimensión ética.

Pero la pregunta por los horizontes de la clínica permite también una reflexión crítica y una construcción al interior de cada disciplina. Porque así como las intervenciones clínicas, en un sentido discreto, no son asignables de por sí a ningún paradigma clínico en particular, los tres horizontes de la clínica atraviesan, aunque lo hagan de modos diferenciales que habrá que en cada caso situar, a todas las disciplinas clínicas. Bajo el nombre de la psiquiatría, la psicología o el psicoanálisis -para nombrar sólo tres de las más recurrentes- se desarrollan estrategias clínicas de la normalización, del alivio del sufrimiento y de la autonomía.

Queda establecida la posibilidad entonces de utilizar estas distinciones de horizonte, que al estar orientando todas las instancias de un tratamiento también cobran estatuto de lógicas de la clínica, para debatir tanto "más allá" de las disciplinas, en el diálogo clínico interdisciplinario en el cual se producen las estrategias clínicas propias de cada caso en particular, como

“más acá”, es decir, al interior de cada una de las disciplinas, como forma no-escolástica de orientar los debates “internos” en función de los posicionamientos éticos que están en juego.

¿Qué tipo de psiquiatra es usted?

Primera Parte

1. Consulta un paciente joven (22 años) por insomnio. Nunca ha tomado psicofármacos. Usted:

- a) Le pregunta si le preocupa alguna cuestión personal, familiar o social.
- b) No pregunta nada y le prescribe un hipnótico.
- c) No pregunta nada y le prescribe 25 mg de quetiapina.
- d) No pregunta nada, no lo mira a los ojos, no lo saluda y le prescribe: clotiapina 40 mg, clonazepam 2 mg y risperidona 1 mg.
- e) No pregunta nada y le indica un estudio de sueño.

2. Cuando llega a un Congreso, lo primero que hace es:

- a) Acreditarse y estudiar el programa para armar un recorrido.
- b) Ir a buscar lapiceras antes de que se acaben.
- c) Ir a agradecerle la beca al visitador, preguntándole cuándo es la fiesta y haciéndole un comentario aprendido en la Escuela de Seducción “Phineas Gage”.
- d) Acreditarse y volver a su alojamiento; se baña y piensa en rabas.
- e) Llorar.

3. Usted piensa que los psiquiatras...

- a) Son médicos especializados en una disciplina híbrida que cabalga sobre las ciencias biológicas y sociales.
- b) Son seres superiores que vinieron a la Tierra a dominar a todas las disciplinas, a las que considera inferiores.
- c) Son policías.
- d) Son estafadores.
- e) Son víctimas.

4. Cuando un Agente de Propaganda Médica le entrega un folleto al que llama “literatura”, usted...

- a) Se tiente, piensa “¡qué hijos de puta!” pero pone cara de “gracias”.
- b) Responde “uh, genial, me viene muy bien para estar actualizado”.
- c) Hace un chiste sobre Cortázar (“esto es porque los pacientes están medio Rayuela, no? jeje”).
- d) Lleva el panfleto a un taller literario y escribe un cuento utilizando las primeras palabras de cada oración.
- e) Pasa de largo.

5. Usted ha decidido prescribir un psicofármaco. Toma su recetario y...

- a) Escribe el nombre de una droga que ha demostrado eficacia a lo largo de muchos años en el mercado.
- b) Escribe la marca comercial de una novedad por la que recibe “estímulos” de parte del laboratorio.
- c) Escribe la marca comercial de una novedad por la que no recibe “estímulos” pero confía en que sí ocurra en el futuro.
- d) Escribe la marca comercial de una novedad porque escuchó en una cena gratis a un psiquiatra mostrar diapositivas con muchos números y un chiste de los Simpsons.
- e) Escribe una frase de autoayuda para que el paciente la suba

a sus redes sociales y así atraer más pacientes pasibles de curarse por sugestión y superioridad moral.

Resultados:

Todos vamos a morir.

Segunda parte

1. Un paciente está en su consultorio y le dice que va a matarse esa misma tarde arrojándose a las vías del tren.

Usted:

- a) Llama a un allegado, hace la orden de internación y lo interna involuntariamente.
- b) Llama a un allegado, hace la orden de internación y se interna voluntariamente Usted. Después de todo, su profesión es agotadora.
- c) Lo tilda de desconsiderado por arruinarle la tarde a Usted y a los otros pobres pasajeros del tren. Le aumenta el antipsicótico y lo cita en un mes.
- d) Le indica litio, clozapina y TEC.
- e) Lo invita a explorar otras opciones, como yoga, cuencos tibetanos o coaching ontológico, mientras se fuma un sahumero.
- f) Le solicita una tomografía por emisión de positrones.

2. En una guardia un paciente le pregunta hasta cuándo deberá permanecer “encerrado”. Usted:

- a) Le dice que eso depende de él, su patología, su respuesta al tratamiento, la voluntad de su psiquiatra y los días que le cubra su prepaga.

- b) Le explica, acariciando su barba (la suya propia, no la del paciente) que deberá permanecer internado hasta atravesar el fantasma.
- c) Le explica que la concepción de encierro es relativa, ya que a fin de cuentas Usted mismo, estando de guardia, se encuentra encerrado en la clínica y que de hecho ambos están encerrados en los confines macilentos de sus propios cuerpos insertos en una sociedad decadente y totalitaria.
- d) Le indica litio, clozapina y TEC.
- e) Lo invita a sumarse al taller de abrazoterapia para aliviar sus preocupaciones. Se fuma un sahumero.
- f) Le solicita un test farmacogenético.

3. En una guardia un paciente le dice que quiere retirarse de la sala de internación porque “Pensé que esto iba a ser un spa pero no. Acá no puedo pasarme la planchita y hay demasiadas reglas”. Usted:

- a) Lo contiene verbalmente, explicándole que si lo desea podrá solicitar su traslado a otras clínicas VIP donde de hecho podrá solicitar las 24hs un psiquiatra que le pasará la planchita.
- b) Le interpreta que pasarse la planchita constituye un acto casi masturbatorio y que en esto de querer irse deja ver su costado histérico y muy probablemente homosexual.
- c) Le explica que las reglas son parte de un sistema capitalista opresor y patriarcal que no sólo le encierra, sino que le impone estereotipos de belleza capilar inalcanzables, frente a todo lo cual su locura constituye un grito liberador.
- d) Le indica litio, clozapina y TEC.
- e) Lo contiene verbalmente mientras practican ejercicios de respiración tomados de los manes. Se fuman un sahumero.
- f) Le indica vitaminas, mindfulness, tractografía y un estiramiento de telómeros.

Mayoría de a): Es Usted un psiquiatra más o menos despabilado que, no obstante, ocasionalmente tiene algún que otro desatino. Como por ejemplo hacer guardias en clínicas privadas por honorarios miserables o atender pacientes a mansalva a un arancel vil.

Mayoría de b): Es posible que haya estado consumiendo demasiada escuela francesa. Verifique que en una noche de alcoholismo y drogadicción su fanatismo snob no lo haya llevado a tatuarse la cara de Lacan en el periné.

Mayoría de c): Consulte a la guardia. Tiene todos los signos y síntomas de una intoxicación por Foucault y derivados. Podría ser letal.

Mayoría de d): Es Usted un psiquiatra hecho y derecho, que no anda jugando a esas mariconadas del inconsciente ni tiene tiempo para neuróticos ansiosos que le charlan. La psicología es para los sanos, la escuela es alemana y la contención es mecánica. Palo y palo.

Mayoría de e): Quizás le convenga dejar de desayunar con ayahuasca.

Mayoría de f): Se dedica Usted a la psiquiatría de avanzada. No se apure mucho que será de los primeros en llegar a la decadencia de la especialidad.

Juego e infancia

Miguel Lares

La importancia del juego en la clínica de niños

I. Pinocchio y Fosforito.

Voy a contar un cuento. Se trata de Pinocho, en un pasaje que quizás no es tan conocido. Pinocho, tras una noche de viaje a lomo del borrico parlante, llega felizmente al amanecer, al país de los juguetes. Ese país no se parecía a ningún otro lugar del mundo, ya que allí vivían sólo niños y niñas que no hacían otra cosa que jugar.

Pinocho recorre la comarca de la mano de Fosforito, un personaje que le cuenta cómo el corolario inevitable de la singularidad de esa única población y de esa sola actividad es una alteración y un aumento de velocidad en el tiempo. El juego continuo y las incontables diversiones hacen que las horas, los días y las semanas pasen como relámpagos. De ese modo, el calendario —fatalmente trastocado en su ritmo, alternancia y repetición— parece condenado a la sincronía de un único día de fiesta que se prolonga entre el 1 de enero y el 31 de diciembre. En las calles del país de los juguetes, la algarabía, el ruido y griterío martillan el cerebro. Bandas infantiles, por

todas partes, juegan a las bolitas, al tejo, a la pelota, al gallito ciego, andan en bicicleta, en caballitos de madera, con muñecas y muñecos. Algunos grupos se visten de payasos, devoran antorchas; otros recitan, cantan, hacen saltos mortales. Hay risas, gritos, llamados, aplausos y silbidos. En suma, un pandemium, una baraúnda, un bullicio tan endiablado que había que ponerse algodón en los oídos para no quedar sordo.

Hasta aquí la breve evocación del pasaje de Pinocchio.

La descripción de esta escena recuerda en mucho a la del recreo de la escuela, sobre todo en su dimensión sonora y en lo que atañe a un continuum en la sonoridad hecha de voces y ruidos, que parece sin cortes. Ocurre algo parecido cuando escuchamos una lengua que no comprendemos. Se escucha un continuum.

Sobre la imagen que se intuye en la comarca de los juegos, evoca una pintura de Pieter Brueghel de 1560, actualmente en el Museo de la Historia del Arte de Viena, que se denomina Die Kinderspiele.

La pintura es de lo más curiosa, tanto por el tema como por la ausencia total de datos que puedan explicar el motivo que llevó a Brueghel a pintar un cuadro así. El tamaño es suficientemente grande como para que el artista ofrezca una panorámica de una zona de la ciudad. En la composición se observa la aplicación de la perspectiva, lo cual en nuestro campo no representa un dato menor habida cuenta de las hondas consecuencias que la introducción de la perspectiva opera sobre el campo de la representación.

En la pintura de Brueghel, se contempla una escena ocupada por un universo infantil, entregado a todo tipo de diversiones, cada grupo enfrascado en su actividad. Los estudiosos de costumbres populares y étnicas han llegado a identificar al

menos ochenta y cuatro juegos diferentes, de los cuales muchos siguen hoy en día vigentes en diversos países.

Documentadas investigaciones muestran que el origen de la mayoría de los juegos conocidos, no sólo los de Die Kinderspiele, se halla en antiguas ceremonias sagradas, danzas y luchas rituales, aprestamientos beligerantes y prácticas para la guerra. Y justamente lo que llama la atención de esta escena de Brueghel es que, si se aplica una mirada divergente, a primera vista parece que se tratara de una batalla campal. O una partuza. Trazas evocadoras de muerte y sexualidad (desde la mirada del adulto) en el país de los juegos y en la pintura de Brueghel.

II. Deseo de ser grande.

El juego es el espejo en el que un sujeto es reconocido como niño. El juego, así como el espejo, tienen un marco, un límite, un borde. Pero siendo así ¿qué representa la escena del país de los juguetes en el cuento de Pinocho?

Sin duda alguna, representa la posibilidad de un espejo que tiende al infinito y, como tal, la de una dimensión que pareciera hacerle pito catalán al corte y que alza la barrera no para que pase la farolera sino la dimensión de lo no coartado. Lo cual resulta interesante de considerar en tanto lo no coartado aparece en la obra freudiana vinculado a la satisfacción. Por otra parte, ¿dónde podríamos encontrar un paradigma de lo no coartado con relación a la infancia? En las fantasías de la latencia. Sea lo que fuere para un niño o niña, la fantasía de una satisfacción sin límites, que fantasean cumplir cuando sean grandes. Y subrayo lo de “cuando sean grandes”, porque eso se sostiene en lo que Freud indica y todos nosotros hemos podido comprobar: el deseo que anima todo juego infantil es el deseo de ser grandes. Y la fantasía que subtiende ese deseo es una sin límites.

Si como sostiene Freud de manera taxativa, se entiende que ser grandes, desde las fantasías de la latencia, implica una satisfacción no coartada, la cual de todos modos está marcada por algo que está en falta en los niños. Lo que está en falta en la niñez concierne justamente a la posibilidad de tener niños. Parafraseando el apotegma “Amor es dar lo que no se tiene...”; lo que los niños y niñas no tienen, por amor, se lo dan a los padres: la posibilidad de tener niños y niñas. Luego, se entiende que tener niños o niñas, del lado de los adultos, está ubicado en la escena delimitada en un más allá de aquella en la que transcurre la infancia. Una escena en donde lo que se articula está determinado por la verdad, es decir por la sexualidad y la muerte.

En esa dimensión de los mayores una ilustración simpática de lo no coartado, podría ser un adulto que “espía con las orejas” cómo una pareja en la habitación de al lado está teniendo relaciones sexuales. Probablemente, la idea que se haga quien escucha va a ser que esa pareja la está pasando fantástico. Nunca va a imaginar que la mujer es frígida o que el tipo no tiene una erección. Más bien supondrá la posibilidad de una satisfacción no coartada. Esa suposición no está desanudada de la posición del espectador (espíar con las orejas incluye en la escena, a la vez que lo excluye, al espectador mismo) y ancla en las fantasías de la latencia de una satisfacción sin límites.

A propósito de satisfacción sexual no coartada y una palabra traída a colación (“partuza”), hay una interesante referencia de Lacan en un pasaje del seminario “Ou pire”:

“Qu’en toute rencontre sexuelle, s’il y a quelque chose que la psychanalyse permet d’avancer, c’est bien je ne sais quel profil d’autre présence pour lequel le terme vulgaire de “partouze” n’est pas absolument exclu.

(“Que en todo encuentro sexual, si hay algo en lo cual el psicoanálisis permite avanzar es en lo que atañe a no sé qué perfil de otra presencia para el cual el término vulgar de “par-

tuza” no está absolutamente excluido”).

En la escena de la patria de los juegos, la de ese espejo que parece tender al infinito, está latente la idea de partouze. Porque si el juego es un espejo, se entiende que, así como el espejo, el juego tiene un marco, un límite, un borde. No se trata de un espejo infinito. Se trata de uno que está enmarcado, delimitando un más allá y un más acá de la dimensión especular. Un más acá y un más allá de la escena del juego. En un más acá del juego quedará reflejado, reconocido, un niño; y en un más allá, no.

En tanto hay juego, hay niñez e instauración de una frontera; más allá de la cual no hay juego y, por ende, no hay niñez. En esa zona de exclusión en la que no hay juego ni niñez, ¿qué queda ubicado? Los que ya no están en la niñez y su relación con la verdad, es decir, nuevamente, con la sexualidad y con la muerte.

III. ¿Dale que eras una pelota?

Un niño o una niña que está en el consultorio toma un marcador y le dice a quien lo ha recibido: “dale que vos venías a comprar y yo te vendía el marcador”. ¿Se trata de un juego? Seguramente, para quien recibe esa propuesta, eso va a ser leído como un juego.

Otra escena. Son las 9 y media de la noche en un vagón del tren de cualquier ciudad del mundo y, de pronto, aparece una niña o un niño de 4 años, solo, a vender marcadores. Para los mayores que están en ese vagón, ¿se trata de un juego?

Además de que en esa escena está presente el dinero, algo que para los adultos atañe a la castración; también opera la percepción de aquello que se interpreta como escena de la in-

fancia. Una escena que se reconoce en determinado espejo, que comporta cierto marco y límite. Y, en ese sentido, la escena del vagón de tren complica para cualquier adulto común y corriente la posibilidad de ubicar eso en el orden del juego. Porque en su calidad de testigo u observador, de algún modo está sosteniendo una relación con su propia alteridad y, con eso, un más allá y un más acá del espejo. Y esa presencia del vendedor infantil que irrumpe le dificulta al testigo u observador adulto establecer lo que queda o no reflejado en el espejo que es el juego y que los mayores sostienen.

Porque para los que encarnan el sostén del más allá del espejo, eso concierne a lo que es de verdad, no de jugando.

Siendo así, ¿qué representa entonces esa licencia poética del país de los juguetes del cuento de Pinocho? Por lo pronto una fantasía del autor, anclada en su latencia. También representa la posibilidad de un espejo infinito y la de una sonoridad sin cortes. Y, consecuentemente, la imposibilidad en dos planos: la de ubicación de un punto de inaudibilidad en esa voz que parece apuntar a lo absoluto, como la de extracción de una mirada, de ese espejo que se extendería hacia el infinito.

Una suerte de panóptico (voz y mirada que tienden a ser absolutas) que se parece bastante al programa de un campo de concentración o al de la economía de mercado. En lo atinente a la dimensión no coartada, un sistema que no para, se asemeja al de producción del capitalismo, al de ciencia y al del inconsciente. Modos de producción que están en correspondencia.

Algunos niñas y niños tampoco paran.

Hace muchos años estaba jugando en el consultorio con un nenito de 6 años. Un niño que por las noches se hacía pis en la cama y que tenía unas cuestiones de rivalidad y compe-

tencia un poquito subrayadas. Era un juego en el que competíamos al fútbol y nos burlábamos. En algún momento, me agaché a levantar la pelota con la que estábamos jugando, y el pibe aprovechó y me pegó una formidable patada en el culo, lo que me tomó absolutamente por sorpresa. Quedé revolcado de manera ridícula en el piso. Una contingencia. O sea, algo que no esperaba. Es decir, la vida misma.

Este acontecimiento inesperado me hizo pensar varias cuestiones. Por ejemplo, la relación que yo mantenía en ese momento con un modelo teórico que en su esencia es el mismo al que sigo adscribiendo actualmente, pero que en esa época estaba sustentado en algo que llamaría “fe en el padre”. Porque hay diferencia entre creer en el padre como autor, llámese Freud o Lacan, o hacer uso de esos autores u otros para complejizar problemas, interrogarse, volver sobre lo que uno hizo o dijo. Es decir, la diferencia entre tener fe en el padre o hacer uso de él.

La patada en el trasero fue una advertencia respecto a alguna posición en la cual yo me encontraba un poquito cómodo. La comodidad está ligada a cierto adormecimiento. Y el adormecimiento a una posición objetal. Asimismo, lo objetal no puede dejar de remitirse a lo que en los términos del psicoanálisis se conoce como “goce”, lo cual alude a la dimensión de la alteridad. La alteridad atañe a las diferencias sexuales, en especial a la imposibilidad de ubicar un significante que dé cuenta justamente de lo que permitiría hacer diferencia.

Indudablemente, de cómo hayamos retomado en activo puntos de goce parental en el que hemos sido retenidos, de eso dependerá la posibilidad que tenemos, quienes nos dedicamos al psicoanálisis, para poder ofrecernos en el juego en el lugar de algún objeto o personaje. Llega una consulta por un nene o una nena cuando en aquellos que se supone deben sostener el más allá del espejo que es el juego, se produce una vacilación.

Los papás no tienen, ellos mismos, de dónde agarrarse; entonces solicitan ayuda.

La expectativa es que quien reciba la consulta de los papás sea una clase de sujeto que tenga más posibilidades de metabolizar el vacío que se abre cuando, por lo que fuere, de quienes se espera sostengan el más allá del espejo del juego, no lo sostienen. Tener posibilidades de metabolizar ese vacío, para quien recibe esa consulta, supone una oferta. La oferta de la propia falta frente a ese vacío, la oferta de un saber agujereado. Y desde allí, ver cómo nos arreglamos, no con lo que sabemos, sino con lo que no sabemos. Cuestión esta que dispone otra ubicación respecto de la verdad y con ello, lo que atañe al orden de la satisfacción. En el mejor de los casos, esa posibilidad de metabolización de quien recibe la consulta implica la chance de que las cosas pasen otra vez al plano de la representación. O sea, la posibilidad de recomposición de ese espejo del juego en el que un niño o una niña vuelvan a ser reconocidos como tales.

Sobre el episodio que les comentaba, el de la patada en el culo ¿cómo salí de esa situación un tanto incómoda sin decir pedagógicamente: “eso no se debe hacer” o “así no se juega” (como si alguien lo supiera)?

Me revolqué en el piso, exagerando el dolor, que en rigor existió. Pero hice un gesto de más, como el teatro que hacen los jugadores profesionales cuando les pegan una patada y rodé por todo el piso del consultorio como si fuera un rulero humano, al grito pelado de: “¡Eh, referí, expulsión, expulsión; tarjeta roja, tarjeta roja!”.

De algún modo, eso possibilitó no salirnos del marco del juego, es decir, dejar incluida esa contingencia en el marco del juego. Así como también pensé que la patada daba cuenta de un déficit en mi reflexión respecto a cierto componente que,

en ese juego, representaba algo importante: la pelota. En su infinita gentileza, los niños suelen leer con la imagen del cuerpo y señalarnos desde ahí lo que es importante. En este caso, si se pudiera resumir en una frase, el nenito con su gesto indicó: Ponete a pensar un poquito en qué quiere decir y qué personaje está involucrado en “dale que eras una pelota y te pateaban todo el tiempo”.

La mirada de unos otros

Marcos Lizarraga

Partiendo desde un caso clínico intentaremos introducir una mirada crítica a un hacer y creer de nuestra actividad cotidiana como agentes de salud mental. Se introducirán autores que proponen, en principio, el cuestionamiento de prácticas difundidas en nuestro ámbito dando así el puntapié hacia la propuesta de un ejercicio cada vez más y mejor pensado.

UN CASO (H.):

Paciente varón de 42 años, atendido por CE de hospital general del GCBA desde el año 2008. Presentó al momento de la admisión diagnóstico de **esquizofrenia residual y trastorno del control de los impulsos**. Se encuentra discapacitado por salud mental y posee PROFE como OS.

Estudios secundarios y cursos de oficios completos. Actualmente vive en provincia de Buenos Aires, trabaja en una distribuidora como repartidor (bajo la supervisión de su hermano menor).

Actualmente presenta diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Realiza seguimiento mensual, solo por psiquiatría. Está medicado con Aripiprazol desde el 2014, variando la dosis entre 5 y 30 mg/d. Actualmente se encuentra en 20 mg/d.

Antecedentes de relevancia:

Primera internación a sus 22 años en un hospital general del GCBA por “Brote Psicótico”, durante 6 meses. Continuó tratamiento por consultorios externos.

Realizó diversos tratamientos ambulatorios con escasa adherencia durante 8 años.

Segunda internación a sus 30 años en el mismo hospital por descompensación psicótica con predominio de síntomas negativos. Continúa por hospital de día.

Tercera internación a sus 32 años en hospital monovalente del GCBA por descompensación psicótica con desorganización conductual. Al alta es derivado a un hospital general para continuar su atención (tratamiento actual).

Evolución del tratamiento actual:

Durante los 10 años del actual tratamiento el paciente no requirió nuevas internaciones. Sí, diversas descompensaciones que lograron ser sostenidas por los equipos tratantes. A pesar de esto, H. durante este tiempo logró un incremento global en su funcionamiento y desempeño sociolaboral pudiendo culminar el secundario, cursos de oficios, y mantener por cierto tiempo algunos trabajos. Dichos logros eran sostenidos por el paciente en la medida en que su estado mental lo permitiera ya que a pesar de encontrarse en tratamiento, y descartando falta de adherencia a la medicación, el mismo armaba y continúa armando ideas delirantes paranoicas en diferentes ámbitos, lo cual complica sus vínculos y el sostenimiento de sus logros. Esto sumado a ciertos efectos adversos de la medicación reportados por el paciente como apatía, enlentecimiento motriz e intelectual y somnolencia.

EN RESUMEN:

Paciente con esquizofrenia paranoide, estabilizado, en tratamiento ininterrumpido con antipsicóticos desde hace 20 años, presenta efectos adversos “tolerables” de la medicación. Con buen funcionamiento, pero con síntomas leves que por momentos complican su desempeño.

QUE NOS ENSEÑAN DE LOS TRATAMIENTO ANTIP-SICÓTICOS:

Los libros de textos y la mayoría de las guías contemplan que el tratamiento para la esquizofrenia consta de tres etapas:

FASE AGUDA: apunta a disminuir o eliminar los síntomas positivos y las alteraciones conductuales. Se recomiendan dosis de haloperidol de 5 a 15 mg o sus equivalentes. Esta fase se extiende hasta que cede el cuadro agudo.

FASE DE ESTABILIZACIÓN: debe durar entre 3 a 6 meses, al inicio con la misma dosis necesaria en la fase aguda y paulatinamente ir disminuyendo hasta la dosis de mantenimiento.

FASE DE MANTENIMIENTO: “el objetivo es minimizar los síntomas y el deterioro funcional, evitar las recaídas y promover la recuperación que permite la integración plena en la sociedad y la búsqueda de objetivos personales... está comprobado que esta fase del tratamiento disminuye el riesgo de recaídas de la enfermedad”.

Duración de la fase de mantenimiento:

Para un primer episodio esquizofrénico: si a los 1 a 2 años no reaparecen síntomas de fase aguda, se puede intentar un retiro de medicación paulatino.

Para un segundo episodio: para plantearse una disminu-

ción y eventual retiro de medicación deben haber pasado al menos 5 años libres de síntomas positivos. Y puede plantearse la necesidad de un tratamiento aún más largo si en la fase aguda hubo intentos de suicidio homicidio o episodios muy violentos.

LO QUE PLANTEAN LAS GUÍAS CLÍNICAS MÁS UTILIZADAS:

a) American Psychiatry Association

RECOMENDACIONES PARA LA FASE ESTABLE:

Los antipsicóticos reducen sustancialmente el riesgo de recaída en la fase estable.

Múltiples episodios previos o 2 episodios dentro de los últimos 5 años se recomienda tratamiento indefinido.

El tratamiento sostenido se asocia con menos recaídas que los tratamientos intermitentes.

b) British Association for psychopharmacology

RECOMENDACIONES PARA MANTENER LA RESPUESTA Y LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:

Mantenimiento continuo con dosis dentro del rango recomendado.

Reducciones en la dosificación deben ser cautelosas y controlarse de cerca, dado el mayor riesgo de recaída.

No considerar al tratamiento intermitente con antipsicóticos como una alternativa efectiva.

Volviendo a nuestra práctica:

En la teoría lo que buscamos con los tratamientos en fase de mantenimiento es prevenir las recaídas abruptas, la reaparición de síntomas positivos y evitar el deterioro funcional. Pero, **¿Logramos realmente esto con nuestros tratamientos?** El caso de H., sumado a otros con similares características,

nos van demostrando que: aparentemente en la mayoría de los casos las recaídas son inherentes a estos cuadros y ciertos síntomas positivos son imposibles de eliminar o atenuar con nuestros tratamientos, además de que muchas veces podemos estar aportando al deterioro funcional con la medicación. Así, surge la pregunta si sobre *ciertos pacientes* es realmente necesario sostener tratamientos en fase de mantenimiento indefinidamente, valorando la cantidad enorme de efectos adversos que conllevan los fármacos antipsicóticos y el declinamiento que a nivel funcional esto puede traer.

Desde Atlas acercamos algunos artículos con una propuesta interesante al respecto:

Does Long-Term Treatment of Schizophrenia With Antipsychotic Medications Facilitate Recovery?

Martin Harrow Thomas H. Jobe

Schizophrenia Bulletin, Volume 39, Issue 5, September 2013, Pages 962–965,

Este artículo se plantea si realmente el tratamiento a largo plazo con antipsicóticos facilita la recuperación. Aborda el tema revisando diversos trabajos a nivel mundial y en diferentes épocas donde se plantea esta temática.

Los autores expresan: “El uso prolongado de medicamentos antipsicóticos se entiende como un factor clave en el tratamiento de la esquizofrenia, pero hay muy poca evidencia sistemática de los beneficios a largo plazo de antipsicóticos. Incluso hay algunos datos longitudinales sugiriendo lo opuesto”.

Encuentran hallazgos paradójicos respecto a la creencia difundida sobre los tratamientos antipsicóticos de por vida, y revisan los siguientes estudios de discontinuación de fármacos:

Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the

literature. Arch Gen Psychiatry. 1995;52:173–188.

Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. Arch Gen Psychiatry. 1997;54:49–55.

Tranter R, Healy D. Neuroleptic discontinuation syndromes. J Psychopharmacol. 1998;12:401–406.

De donde obtienen las siguientes conclusiones:

(a) dentro de los primeros 6-10 meses después de la interrupción de neurolépticos, el 25% -55% de los pacientes recaen.

(b) Por el contrario, las tasas de recaída a largo plazo (luego de la interrupción) son mucho más bajas en los pacientes que permanecen estables durante estos 6-10 meses.

(c) Además, los pacientes con esquizofrenia que no toman antipsicóticos durante un período prolongado no muestran esta tendencia a recaer cuando permanecen sin medicación.

Los autores plantean dos formas de entender este hecho:

La alta tasa de recaída en la interrupción podría proporcionar evidencia de la importancia de los medicamentos antipsicóticos en el mantenimiento de la estabilidad clínica mediante el bloqueo de los receptores de dopamina en forma indefinida. Esta importante perspectiva es asumida por la mayoría en el campo.

Desde una perspectiva alternativa, la reducción de las recaídas y la baja tasa de recaídas, después de 6-10 meses, podrían indicar una psicosis generada por medicamentos en los primeros 6-10 meses, que luego retrocede. Usando esta perspectiva, el primer aumento de 6-10 meses en las recaídas después del

retiro puede verse influenciado por condiciones biológicas generadas por el uso continuo de antipsicóticos, y esto generar una mayor vulnerabilidad en los pacientes con esquizofrenia. El efecto de interrupción incluye el potencial de acumulación generada por medicamentos, antes de la interrupción, de receptores de dopamina supersensibles, o la acumulación de receptores de dopamina en exceso, o psicosis supersensible. Como lo indican varios estudios de agentes bloqueantes de la dopamina usando modelos animales.

Aportes de estudios Longitudinales:

Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med.* 2012;42:2145–2155.

Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2012;379:2063–2071.

Harding CM, Zahniser JH. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;384:140–146.

Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195:406–414.

Los autores realizaron un estudio de seguimiento en dos grupos de pacientes esquizofrénicos, uno con tratamiento prolongado y el otro sin tratamiento durante 15 y 20 años. De estos estudios arriban a datos como los siguientes:

“Los datos del Chicago Followup Study muestran que algunos pacientes con esquizofrenia en tratamiento continuo se

mantienen con un bajo nivel de síntomas psicóticos, pero para la mayoría de estos pacientes los síntomas psicóticos fueron frecuentes y, aunque no intensos, fueron al menos de gravedad moderada, generalmente con alguna interrupción del funcionamiento”.

Agregan que “la muestra de pacientes esquizofrénicos que no fueron tratados durante estos años, mostraron mejor funcionamiento que la muestra de los que sí estaban en tratamiento”.

Entonces proponen que existen dos tipos de pacientes: aquellos que se mantienen estables, pero con síntomas y los que se mantienen estables sin síntomas (indiferentemente de si se encuentran en tratamiento o no). A partir de esto plantean la necesidad de estudiar factores pronósticos fiables para determinar en qué subgrupo se puede encontrar un paciente al momento de la admisión a fin de evaluar si va a requerir o no un tratamiento indefinido.

A 20-Year Multi-Followup Longitudinal Study Assessing Whether Antipsychotic Medications Contribute to Work Functioning in Schizophrenia

Martin Harrow,^a et al Psychiatry Res. 2017 Oct; 256: 267–274.

En este segundo estudio, el cual se desprende de la muestra de pacientes seguidos a 20 años antes citada, los investigadores se cuestionan la creencia difundida de que los tratamientos antipsicóticos indefinidos mejorarían el funcionamiento de los pacientes esquizofrénicos. Agregan que hasta el momento todas las investigaciones al respecto se basan en estudios a mediano/corto plazo (un máximo de 3 años).

Es así como se plantean realizar un estudio longitudinal de seguimiento a 20 años. Ellos compararon el desempeño en el funcionamiento laboral de pacientes esquizofrénicos en

tratamiento antipsicótico contra otro grupo que no se encontraba medicado, utilizando controles estadísticos para las diferencias intersubjetivas.

Citando el estudio de Leuch detallado antes, este autor refiere: “La meta-regresión sugiere que las drogas antipsicóticas podrían perder su efectividad a lo largo del tiempo... nada se sabe acerca de los efectos de los antipsicóticos comparados con placebo más allá de los 3 años”

Algunos de los resultados en este estudio:

“Nuestra investigación ha indicado una tasa significativamente más alta de períodos de recuperación para los pacientes con esquizofrenia que han salido de los tratamientos antipsicóticos por intervalos prolongados”

“Nuestros datos indican que hay un bajo nivel de funcionamiento laboral para los pacientes con esquizofrenia con antipsicóticos recetados durante períodos prolongados, y un nivel relativamente más alto de empleo para los pacientes con esquizofrenia sin antipsicóticos durante períodos prolongados”.

“Los datos que surgieron utilizando la lógica de regresión no prueban que los antipsicóticos interfieran con el funcionamiento del trabajo, ya que pueden estar involucrados otros múltiples factores. Pero las diferencias significativas a favor de los pacientes con esquizofrenia no medicados que surgieron del estudio arrojan dudas considerables sobre cualquier hipótesis basada en la opinión de que los antipsicóticos facilitan el funcionamiento del trabajo”.

“Dado que varios otros estudios con resultados similares están comenzando a surgir, debe comenzar a considerarse esta conclusión negativa sobre los antipsicóticos”.

Volviendo al caso:

Recientemente el paciente padeció una de sus esporádi-

cas descompensaciones. Donde H., quien hasta el momento se encontraba estable y con un excelente funcionamiento, se comienza a cuestionar el hecho de que por su condición tenga que realizar un tratamiento de por vida. Esto lo lleva a realizar unilateralmente la discontinuación de sus psicofármacos con el consecuente aumento de su irritabilidad, y un acrecentamiento de ideación paranoide lo cual le provocó la disrupción y la pérdida de sus logros sociolaborales.

Ahora bien, ¿corresponde esta descompensación a la psicosis supersensible de la que habla Harrow en sus trabajos? ¿Son evitables realmente con fármacos estas recaídas? ¿Es necesario que H. (y muchísimos otros pacientes) se encuentren en tratamiento farmacológico de por vida?

Nos parece interesante compartir con ustedes este caso y los anteriores artículos para poder cuestionar lo que automáticamente creemos y hacemos con muchos de nuestros tratamientos. Tratando así de ampliar un poco el panorama y conocer que existen nuevas líneas de estudios que apuntan hacia otro lugar diferente al que adoptamos o nos hacen adoptar como único.

Autores

Nicolás Alonso

Médico psiquiatra.

Ejerce su saber en el Hospital Ramos Mejía

Diego Costa

Médico psiquiatra.

Presidente del Capítulo de Historia y Epistemología (APSA)

Javier Fabrissin

Médico especialista en psiquiatría. Codirector de ATLAS

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

jfabrissin@gmail.com

Natalia Fuertes

Médica psiquiatra. Ejerce la poliatención.

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

Cecilia Gasque Justo

Lic en psicología

Franco Ingrassia

Instructor de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Escuela Eva Perón. (Granadero Baigorria, Provincia de Santa Fe)

Miguel Lares

Psicoanalista. Autor de *Juego e Infancia* (Lumen)

Marcos Lizarraga

Médico psiquiatra

Daniel Matusevich

Médica psiquiatra. Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires.

Joanna Moncrieff

University College London | UCL .
Mental Health Sciences Unit

Victor Pagano

Profesor en enseñanza media y superior de filosofía - U.B.A.
Ex miembro del Programa de Reconocimiento Institucional
“Antropología y sexualidades” (Colectivo Antroposex) de la
Facultad de Filosofía y Letras de la U.B.A. Actualmente se
encuentra realizando su tesis de doctorado en filosofía, en
torno a las conceptualizaciones de las locuras morales

Andrés Rousseaux

Caballero jedi y psiquiatra.

Marcos Zurita

Médico psiquiatra.

Director Revista ATLAS.

Vicepresidente del Cap de Interconsulta de APSA.

Supervisor de residencias de Salud Mental de CABA y GBA

Simpatizante no melancolizado del Club Atlético Huracán

mzurita@gmail.com

Cierre

ATLAS 17 finaliza acá. Nos vemos el próximo número.

SUSCRIPCIONES

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



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

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

Autores:

Javier Fabrissin

Marcos Zurita

Federico Rebok

Tomasa San Miguel

Cristian Garay