

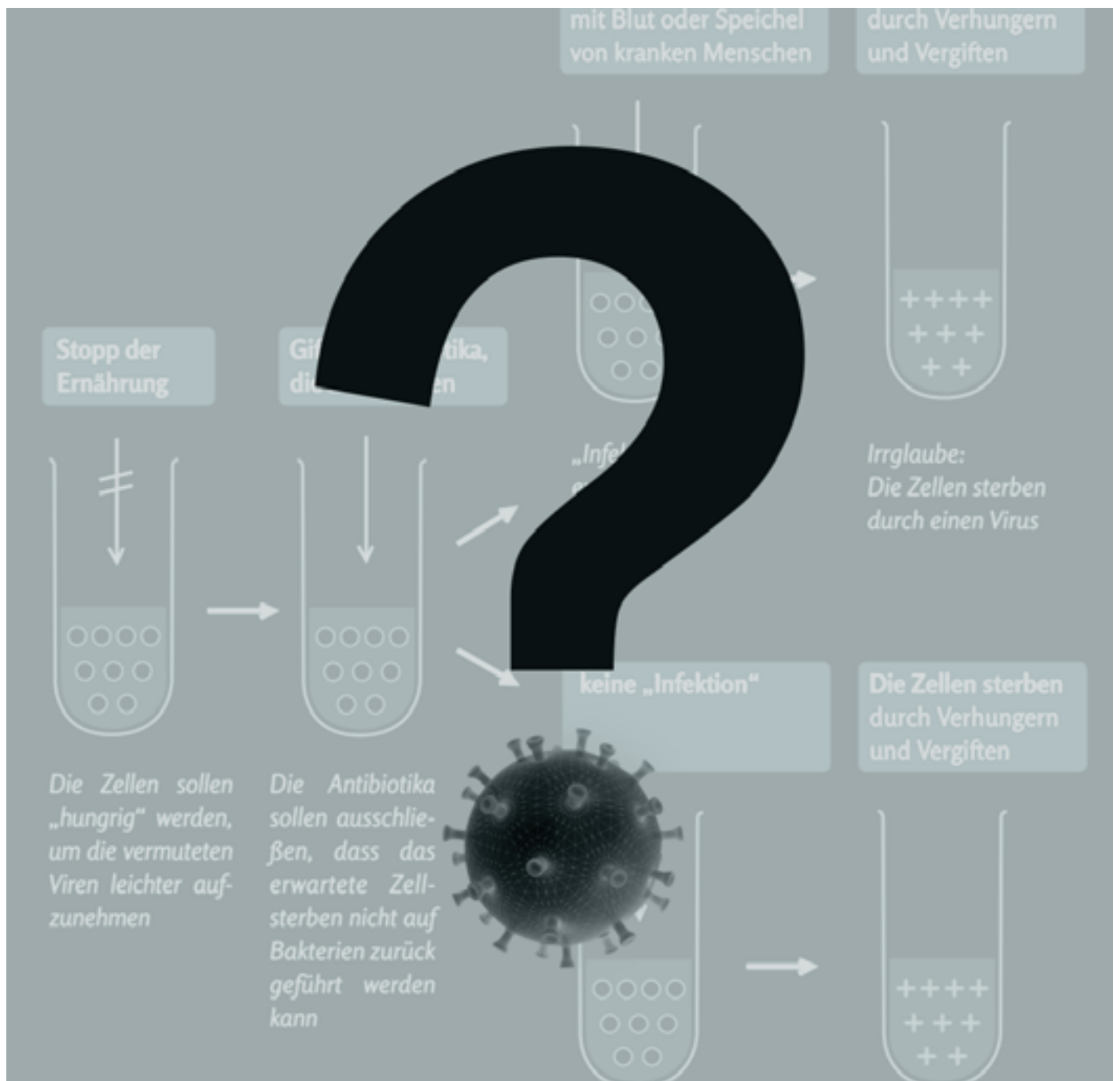
PARADOXA

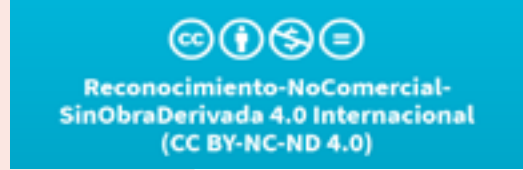
Experimentos de control ■

El mito infeccioso revelado ■

Las 5 Leyes biológicas ■

El registro fósil humano ■





PARADOXA está registrada bajo una licencia Creative Commons de Reconocimiento No Comercial, Sin Obra Derivada 4.0 , Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Usted es libre de: Compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Edición, diseño, maquetación y traducción de Jesús M. Romero.

disiciencia@yahoo.com
disiciencia.wordpress.com

Sumario

Experimento de control fase 1 Varios laboratorios confirman la refutación de la virología por el efecto citopático. Corona_Fakten , Stefan Lanka	2
El registro fósil humano: cada experto con "su" especie Máximo Sandín	9
El mito infeccioso revelado Los experimentos de Rosenau sobre la gripe española (1918) Mike Stone	15
Las 5 Leyes biológicas descubiertas por el Dr. Hamer Marcus Pfister	30
Reseña La revolución islámica en occidente Ignacio Olagüe	37
Historia de la psiquiatría: Del gran encierro de Foucault a un Gulag químico Alice Miller	38

Experimento de control fase 1: Varios laboratorios confirman la refutación de la virología por el efecto citopático.

Corona_Fakten | 10 de marzo de 2022 | <https://telegra.ph/Kontrollexperiment-Phase-1>

A partir de esta fecha repasaremos varios experimentos de control que hemos llevado a cabo y que ahora ponemos a disposición de todos de forma gratuita en una serie de artículos. Estos experimentos de control refutan todas las afirmaciones sobre la existencia de los virus.

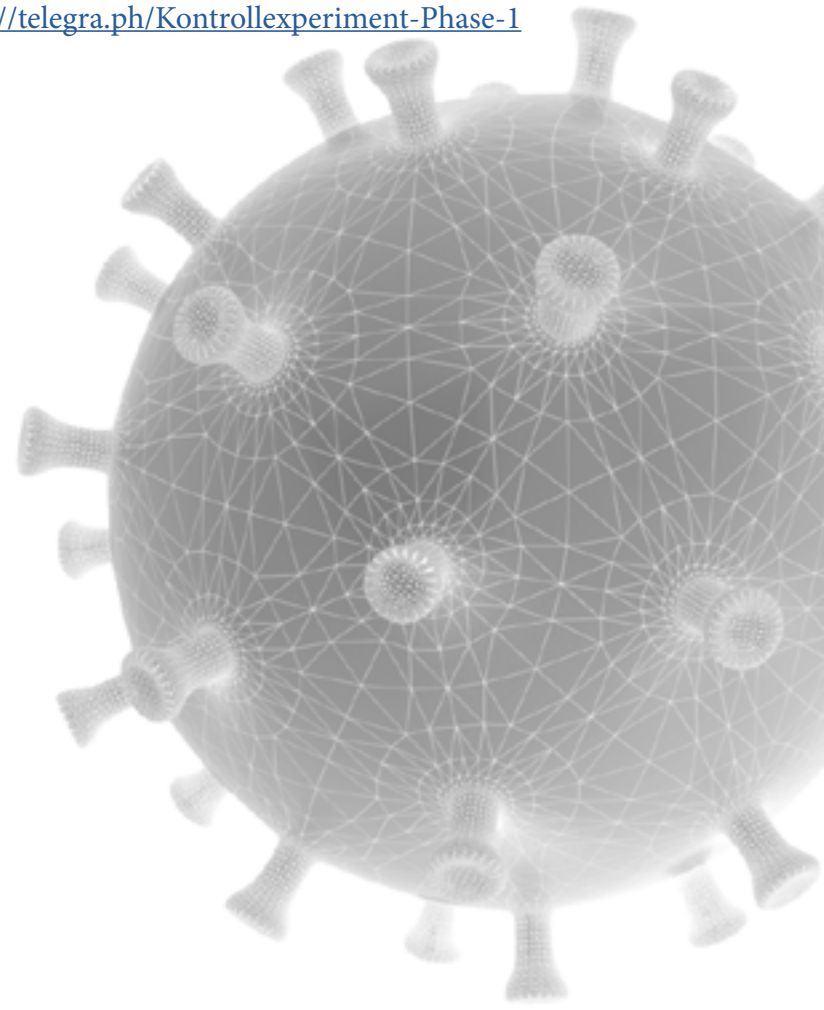
Nos gustaría dejar claro una vez más que todos, realmente sin excepción, todos los virólogos e instituciones a los que preguntamos nos confirmaron que NO realizaron los experimentos de control prescritos y obligatorios hasta la fecha.

Entre los encuestados se encontraba la mayor autoridad en epidemias, el Instituto Robert Koch [5], toda la investigación de virología de Suiza, los colegas australianos y muchos otros [1].

Uno de los experimentos de control más importantes es el efecto citopático erróneamente atribuido a los virus.

La mala interpretación, con la que se creía haber detectado un virus (el llamado efecto citopático o muerte celular), se manifestó el 10 de diciembre 1954, cuando John Franklin Enders recibió el Premio Nobel por una interpretación errónea del presunto virus de la poliomielitis que perdura desde entonces.

El 1 de junio 1954, Enders y sus colegas publicaron sus observaciones de que la muerte de tejidos en el tubo de ensayo podría considerarse como resultado de los efectos de virus, pero



al mismo tiempo refuta esta suposición al informar de que la misma muerte de tejidos en el tubo de ensayo ocurre sin ninguna adición de material supuestamente infectado. Advierte expresamente que la suposición de que este efecto podría probar la presencia de un virus debe investigarse en el futuro. El premio Nobel del 10 de diciembre 1954 anuló el recordatorio y la petición de comprobar esta tecnología y la advertencia de no equipararla con la presencia de un virus.

En nuestro artículo "Machtwerk - Primeros pasos con la refutación de la afirmación del virus" [7]

mostramos los pasajes de la publicación de John F. En-

ders en detalle para usted.

Los experimentos de control necesarios habrían revelado de inmediato que la especulación por parte de John F. Enders es, de hecho, solo una hipótesis no comprobada que habría refutado todo.

Desde entonces, estos experimentos de control no han sido realizados ni publicados por ningún virólogo convencional, ni por virólogos críticos, salvo algunas excepciones.

No solo preguntamos personalmente a los principales virólogos del mundo si estaban realizando estos experimentos de control. También ofrecemos a muchos de ellos costear estos experimentos y publicaríamos juntos.

Sin embargo, todos los virólogos, sin excepción, nos confirmaron que ellos mismos no realizaron los experimentos de control necesarios y obligatorios, además se negaron a realizar los experimentos de control financiados por nosotros. [1]

Resumen de los experimentos de control de la fase 1, el llamado efecto citopático

1. El efecto no es, como se afirma, causado por un "virus", sino por la configuración del proceso experimental in vitro en sí.
2. Los resultados del control confirman que este efecto no es ESPECÍFICO DEL VIRUS y, por lo tanto, no puede reclamarse como prueba de un virus causante de enfermedades.
3. Obtenemos el efecto citopático (CPE), la muerte de las células del tejido en el tubo de ensayo, de la misma manera, sin ningún material infectado.
4. El cambio morfológico del cultivo celular es causado por envenenamiento e inanición.
5. Este cultivo celular (por ejemplo, Vero E6) se envenena con ciertos productos químicos y antibióticos, al mismo tiempo que se retira la solución nutritiva y lite-

ralmente "muere de inanición". El "envenenamiento" se hace por la creencia de que uno quiere estar seguro de que ninguna otra causa es responsable del efecto deseado. La solución nutritiva se retira de las células porque se quiere que tengan hambre para que absorban mejor los supuestos "virus". Desafortunadamente, precisamente estas dos precauciones, el envenenamiento y el hambre, deben considerarse como la causa de un efecto que también se equipara con la prueba indirecta del aislamiento, el cultivo y el poder destructivo de un virus que causa una enfermedad. ¡UN ERROR MORTAL!

6. Este efecto puede incluso amplificarse masivamente si, por ejemplo, como el Dr. Stefan Lanka hizo llevar a cabo en el laboratorio, se agrega la llamada sustancia mensajera de levadura estandarizada (el ARN de la levadura).

7. Todos los resultados de los controles realizados confirmaron que la causa del llamado efecto citopático no era un virus, sino factores del proceso experimental.

8. Estos intentos de control no han sido realizados ni documentados por ningún virólogo a nivel mundial, y son ignorados hasta el día de hoy.

9. Los virólogos no usan la palabra "aislamiento" en el sentido real de la palabra aislamiento. Entienden por "aislamiento" la generación del efecto citopático en el laboratorio, al que también llaman

- a) Infección
- b) Evidencia de la presencia de un virus
- c) Pruebas de su proliferación
- d) Interpretar las evidencias del poder destructivo del supuesto virus.

10. Los virólogos llaman aislado a este tejido/células moribundas, que luego ofrecen en el mercado por unos 2.000 euros y afirman falsamente que contienen un virus. Además, los virólogos afirman que pueden producir una vacuna a partir de él.

A continuación la fase 1 del experimento de control: el efecto citopático.

Resultados preliminares de los experimentos de control: la respuesta de las células epiteliales humanas primarias a las condiciones estrictas de amplificación del virus refutan las afirmaciones de la existencia de todos los virus y del SARS-CoV-2.

Stefan Lanka et al. | [WISSENSCHAFTPLUS Ausgabe 2/2021](#)

Resumen

Los exosomas son pequeñas vesículas extracelulares que contienen carga de ARN, ADN y proteínas celulares. Son producidos por todos los tipos de células, sirven para la comunicación célula-célula y ofrecen opciones terapéuticas prometedoras. Para estudiar las especies de ARN y las vesículas extracelulares bajo estrictos protocolos utilizados de forma rutinaria en virología, se cultivaron células epiteliales humanas primarias sanas durante tres pases con protocolos de estrés para la amplificación del virus (virión). A pesar de la falta de inoculación de virus, las células desarrollaron efectos citopáticos graves (CPE) que condujeron a una destrucción subtotal visible y a la formación de placas en la capa celular. Una inspección de las células en condiciones de control y amplificación del virus permitió identificar las diferentes morfologías con una tasa de acierto del 100%. El ARN total de las células y los sobrenadantes de cultivos celulares de tres réplicas biológicas y dos técnicas por grupo de estrés se desglosaron junto con el ARN total de las mismas células cultivadas de manera óptima mediante secuenciación de nueva generación. Actualmente se están realizando análisis de secuencias y de vesículas extracelulares.

Introducción

Los virus de aislados, por ejemplo, de murciélagos, se propagan en cultivos celulares en condiciones de cultivo duras, con privación de alimentos mediante la reducción del suero de ternero fetal (FCS) del 10% al 2% o al 1% con medio Eagle modificado por Dulbecco (DMEM), que cumple con las recomendaciones de la ATCC. La privación de alimentos también se combina de forma rutinaria con altas concentraciones de antibióticos triples de Gibco (antibióticos de penicilina/

estreptomina con anfotericina B antifúngico) y paso ciego secuencial de sobrenadantes de cultivos celulares al siguiente cultivo celular.[22]

Desde el punto de vista morfológico, la amplificación del virión conduce a efectos citopáticos (CPE) que dan como resultado el redondeo, el abombamiento y la degeneración celular, que finalmente se manifiesta por la formación de placas en un cultivo celular confluyente. En consecuencia, las partículas virales enriquecidas a partir de estos sobrenadantes de cultivos celulares se pueden visualizar mediante microscopía electrónica. Para descartar la hipótesis de que las duras condiciones de estrés sin la inoculación del virus podrían conducir a la formación de exosomas[23] similares a los viriones, sometimos células epiteliales humanas primarias sanas a protocolos rutinarios de amplificación de virus. Luego, aislamos el ARN total de células de control o privadas de alimento y sobrenadantes utilizando kits de aislamiento de ARN viral o extracción rutinaria con TRIzol y sometimos el ARN a secuenciación de próxima generación.

Resultados

Se cultivaron células epiteliales humanas primarias sanas en cuatro pases (P3-P6) en condiciones de cultivo óptimas en un medio de control epitelial definido con 1x antibióticos triples (CM).

Después del primer pase, el conjunto de células se dividió en cuatro grupos.

Después de 3 días en CM, los cultivos se transfirieron a CM fresco (CM, Control 1), DMEM/GlutaMAX con FCS al 10%, antibióticos triples 1x (Control 2) o medio de estrés (Inanición 1 y 2).

Durante el primer tratamiento de estrés, el medio de estrés contenía DMEM, FCS al 1% y 3x antibióticos triples.

Los pases segundo y tercero fueron pases "ciegos" en los que el 50% del sobrenadante del cultivo del último pase se transfirió al siguiente pase en DMEM, FCS al 1% y 3x antibióticos triples.

El segundo grupo de estrés se trató adicionalmente en cada pase con ARN total de levadura (yRNA) durante una hora antes de agregar el medio de estrés (Starvation 2).

Después de la transferencia a DMEM con FCS al 10%, las células epiteliales asumieron una morfología más plana que en CM y formaron una lámina continua de células, lo que se atribuye a las altas concentraciones de calcio en DMEM.

Las células continuaron dividiéndose normalmente (Figura 1A - ver más abajo).

Por el contrario, las capas de células en los medios de estrés se redujeron a pequeñas islas con un crecimiento reducido y una degeneración celular incipiente. Durante los siguientes dos pases, las células incubadas con el sobrenadante de células estresadas del pase anterior mostraron un aumento de CPE con áreas libres de células que se asemejaban a placas relacionadas con viriones en la lámina celular con más células muertas flotando en el sobrenadante (Figura 1B - ver más abajo).

Los cultivos confluentes bajo estrés (Figura 1C - ver más abajo) teñidos con cristal violeta (Figura 1D - ver más abajo) confirman el CPE pronunciado.

Las células picnóticas con núcleos condensados o células abultadas estaban predominantemente presentes en el grupo de Inanición 1 y también se observaron áreas de destrucción celular total o placas en el grupo de Inanición 1 pero predominantemente en el grupo de Inanición 2.

Los experimentos se realizaron en tres réplicas biológicas y dos duplicados técnicos. Todos los cultivos se

inspeccionaron a ciegas, y los cultivos estresados se identificaron fácilmente por cambios drásticos en la morfología.

Después de tres pases, se aisló el ARN del control 1 y de los dos grupos de células estresadas y sobrenadantes utilizando kits de ARN viral o TRIzol y se sometió a secuenciación de próxima generación. La cantidad de ARN total aislado fue más abundante en el grupo de control 1 (Tabla 1 - véase a continuación) y fue de buena calidad en todos los grupos (datos no mostrados). Se usaron más sobrenadantes para el análisis de partículas extracelulares. Estos experimentos están en proceso.

Materiales y métodos. Cultivo celular

Se descongelaron células epiteliales primarias humanas comerciales del paso 3 y se expandieron a 4000 células/cm² en matraces de 75 cm² a 37 °C con 5% de CO₂ en medio epitelial bajo en calcio definido (sin FCS) y 1x triple de antibióticos (Gibco) (medio de control, CM).

Con una confluencia >80%, las células de expansión se separaron con 5 ml de enzima Accutase a 37 °C durante 10 minutos. La Accutase se neutralizó con 10 ml de CM, las células se centrifugaron durante 5 minutos a 400 G, se resuspendieron en 1 ml de CM, las células vivas se contaron mediante tinción con azul de tripano en el dispositivo Countess II (ThermoFisher).

Las células se aserraron para el experimento o se realizaron rondas paralelas de expansión para experimentos posteriores. Para cada experimento, se sembraron cuatro grupos de células epiteliales primarias sanas del mismo grupo expandido en CM a 4000 células/cm² en matraces de 25 cm² y se cultivaron hasta una confluencia >50%. Luego se reemplazó el medio con cuatro condiciones experimentales; para células de control por CM fresco (Control 1) o DMEM comercial suplementado con GlutaMAX, FCS inactivado por calor al 10% y 1x triple antibiótico (Control 2).

El alimento se retiró reemplazando CM con DMEM, con FCS al 1% y 3x antibióticos triples, siguiendo esen-

cialmente los protocolos de amplificación de viriones1 (Inanición 1 y 2). El grupo 2 de inanición estresada se trató adicionalmente con 10 µg de ARN de levadura total (ARNy) por matraz de cultivo durante 1 hora y antes de cambiar el medio, los grupos 1 y 2 se lavaron minuciosamente con solución salina tamponada con fosfato (PBS). A continuación, se realizaron dos pases ciegos, en los que el 50 % del sobrenadante de los grupos 1 y 2 de Starvation se transfirió al siguiente cultivo celular. Los sobrenadantes se eliminaron de células muertas mediante centrifugación a 400 G durante 5 minutos. Los grupos de control recibieron medio 100% fresco.

Los experimentos se repitieron tres veces por duplicado. La duración del cultivo bajo estrés definido en la primera réplica biológica se mantuvo constante para todos los experimentos. No se realizó ningún cambio de medio durante el período de estrés.

P4: cambio de medio en células de control y estresadas con una confluencia de aproximadamente el 50%; Células de control cultivadas hasta >80 % de confluencia, células estresadas cultivadas durante 5 días después del cambio de medio.

P5: cambio de medio para control y células estresadas > 50 % de confluencia, células de control cultivadas hasta > 80 % de confluencia, células estresadas cultivadas durante 8 días después del cambio de medio.

Aislamiento de P6/ARN: cambio de medio en el control y células estresadas con una confluencia de aproximadamente el 50 %; Células de control cultivadas hasta >80 % de confluencia, células estresadas cultivadas durante 5 días después del cambio de medio. P6/Tinción con Cristal violeta: cambio de medio en control y células estresadas al 100% de confluencia; Inducción al estrés durante 3 días. Se tomó diariamente una fotografía representativa de todos los cultivos celulares a temperatura ambiente utilizando un microscopio de campo claro Nikon Eclipse TS100 con una cámara Nikon 1J5, un adaptador Nikon FT1 y un objetivo 4x.

Extracción de ARN de cultivos de células epiteliales y sobrenadantes

Al final del paso 6, se aisló la mitad del ARN celular total utilizando el kit Promega miRNA (Promega, Z6211),

recomendado para muestras de ARN pequeñas y largas, según el protocolo del fabricante. La otra mitad del ARN celular total se aisló usando el protocolo TRIzol estándar. El ARN total del sobrenadante del cultivo celular se aisló usando el kit de ARN viral de Qiagen usado rutinariamente (Qiagen, 52904) de acuerdo con el protocolo del fabricante.

Todas las muestras de ARN se trataron con ADNasa. La concentración de ARN total y las proporciones 260/280 y 260/230 se determinaron con un NanoDrop 2000 (ThermoFisher). Los niveles de ARN fueron más altos en las muestras cultivadas con CM y más bajos en los grupos estresados 1 y 2, mientras que los sobrenadantes tenían niveles de ARN muy bajos pero similares (Tabla 1). Se secuenciaron 8,3 mg de ARN total de alta calidad, evaluado con el Bioanizador, del grupo de control 1 y de los grupos estresados 1 y 2 con secuenciación de ARN de próxima generación.

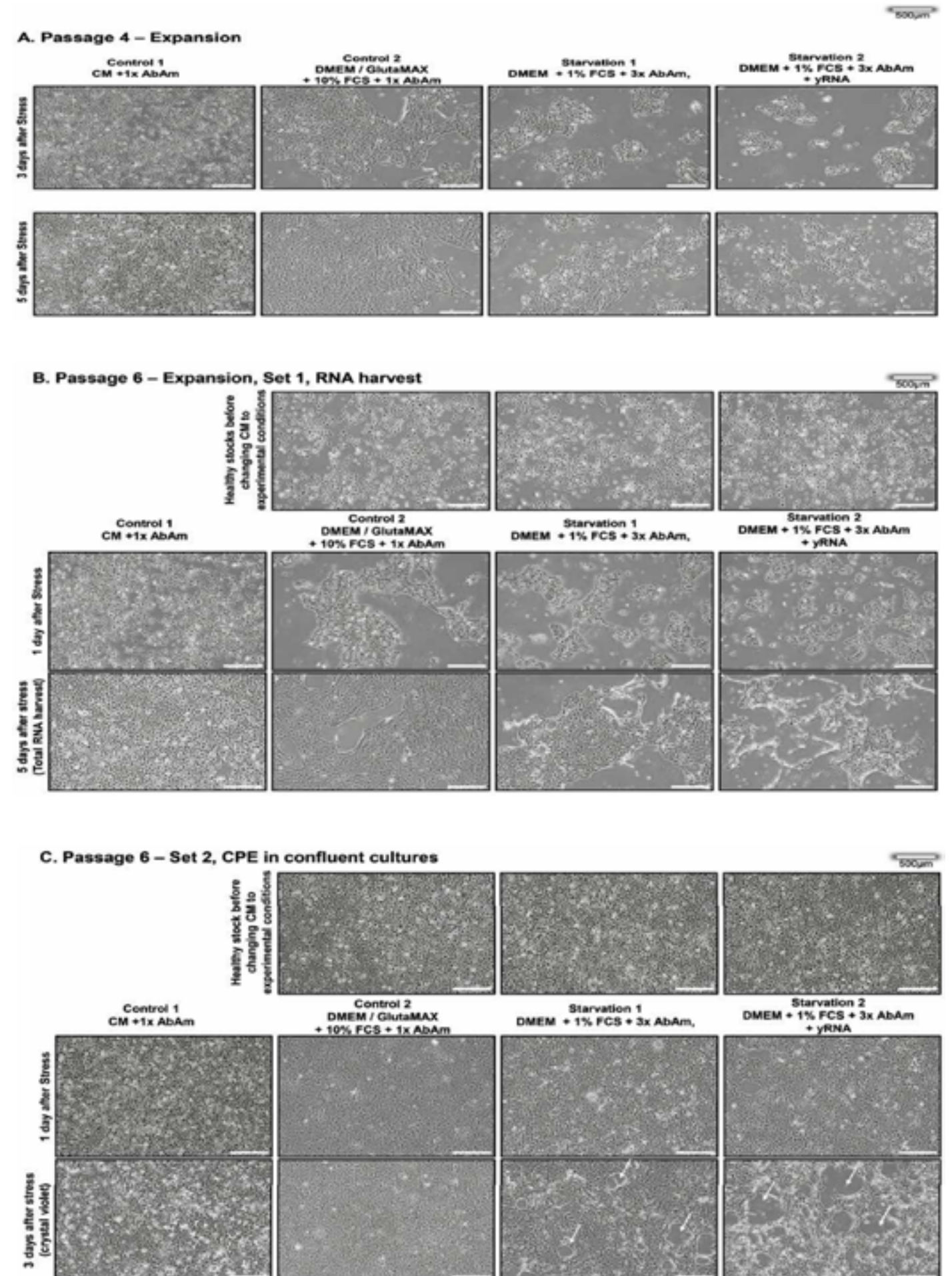
Tinción con cristal violeta

En el último paso, se sembró un segundo juego de matraces de cultivo de 25 cm² a 8000 células/cm² (Set 2) para visualizar los efectos citopáticos. Con una confluencia del 100 %, estas células se expusieron a una de las cuatro condiciones del medio. Tres días después de la exposición, las células se fijaron en paraformaldehído al 4 % durante 30 minutos a temperatura ambiente y luego se tiñeron con cristal violeta al 1 % durante otros 30 minutos a temperatura ambiente antes de lavarlas abundantemente con agua del grifo a temperatura ambiente. Se utilizó un microscopio de campo claro Nikon Eclipse TS100 con una cámara Nikon 1J5, un adaptador Nikon FT1 y un objetivo de 4x o 20x para registrar los cultivos teñidos.

Fotografías

Figura 1. Estrés de células epiteliales. Micrografías representativas de los 4 grupos experimentales de células epiteliales en el paso 4 y 6.

De izquierda a derecha: células de control sanas con 1x triple de antibióticos en medio de control (CM) o DMEM/GlutaMAX con FCS al 10 %; células estresadas



D. Passage 6 – Set 2, CPE in confluent cultures (Crystal Violet)

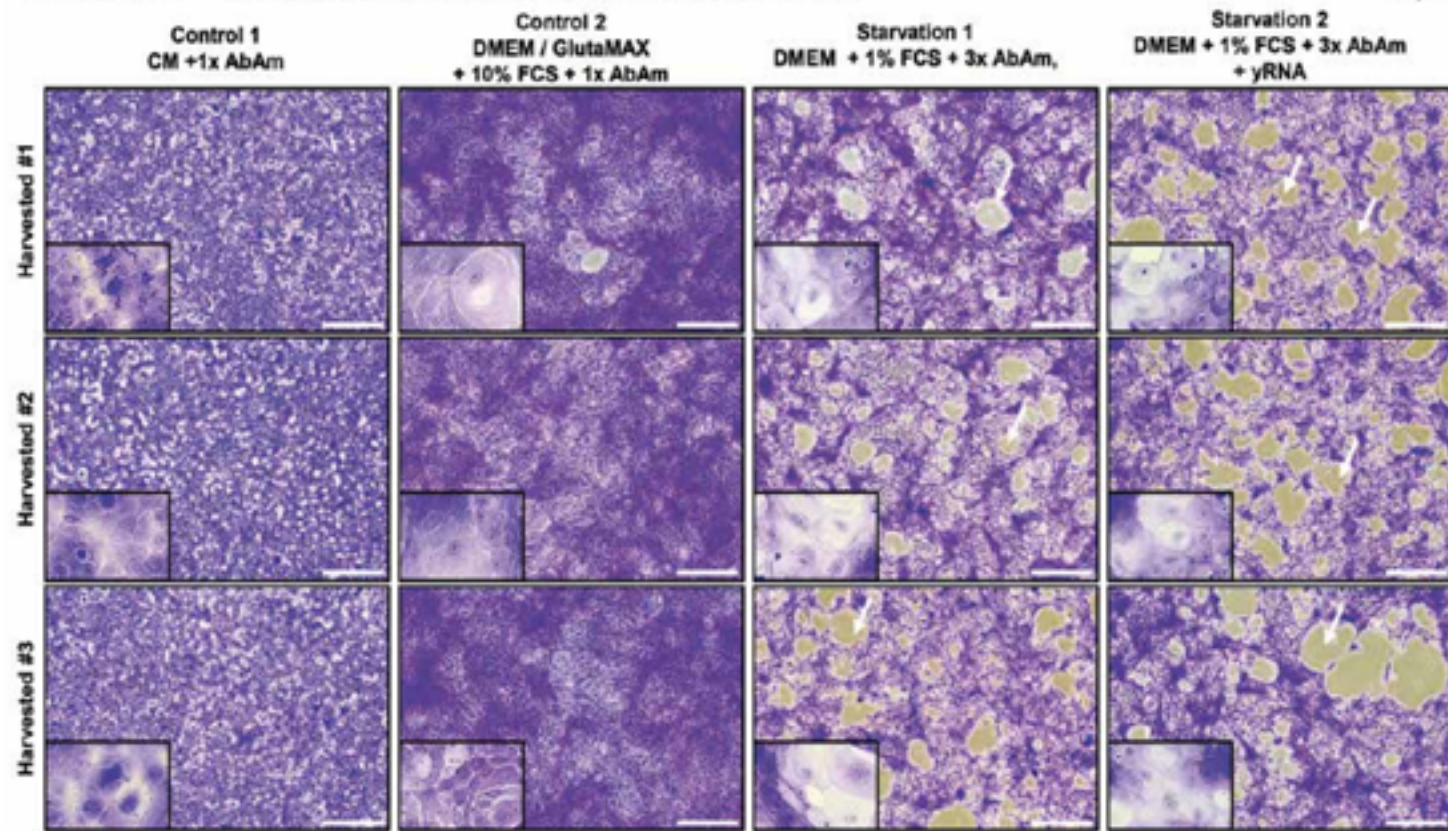


Figura2:

Tabelle 1: RNA Isolation

Groups #	Label	Sample Percentile	Harvesting Method	Total RNA in µg	RNA Vol. in µL
Control 1 CM + 1x AbAm	Control 1	100% Supernatant	Viral RNA Kit (Column)	0,27	30,00
		100% Cells	miRNA Kit+TRizol	21,53	15,00
Control 2 DMEM + GlutaMAX + 10% FCS + 1x AbAm	Control 2	100% Supernatant	Viral RNA Kit (Column)	0,26	30,00
		100% Cells	miRNA Kit+TRizol	14,78	15,00
Stress 1 DMEM + 1% FCS + 3x AbAm	Starvation 1	100% Supernatant	Viral RNA Kit (Column)	0,32	30,00
		100% Cells	mRNA Kit+TRizol	8,32	15,00
Stress 2 DMEM + 1% FCS + 3x AbAm + Yeast tRNA	Starvation 2	100% Supernatant	Viral RNA Kit (Column)	0,27	30,00
		100% Cells	miRNA Kit+TRizol	9,25	15,00

con 3x antibióticos triples y FCS al 1% en DMEM.

Las células del panel de la derecha se trataron con ARN de levadura total (ARNy) durante 1 h antes de cambiar el medio.

(A), (B) Células en expansión con el fin de aislar el ARN. Tenga en cuenta que el CPE se vuelve más prominente en los tres pasajes. (B) Fila superior: células antes del cambio de medio. (C), (D) Células confluentes para visualización de CPE; (C) Fila superior: células confluentes antes del cambio de medio. (D) Cultivos celulares de 3 réplicas biológicas teñidas con cristal violeta en el momento de la cosecha. Cabe destacar que las células de los dos paneles de la izquierda forman un césped celular continuo, mientras que las células de los dos paneles de la derecha tienen un gran número de placas (flechas) compatibles con efectos citopáticos significativos que aumentan desde el día 1 hasta el día 5. Los cultivos tratados con ARN de levadura muestran un número

mero significativamente mayor de placas más grandes.

Secciones: aumento 20x; se observaron algunas células raras picnóticas y balonosas en los cultivos de control; las células aglomeradas con citoplasma vacío son más comunes en condiciones de estrés 1. Los cultivos fueron inspeccionados a ciegas diariamente por 2 experimentadores con una tasa de éxito del 100%. Bar; 500 micras. Todos los cultivos: n=3 por duplicado.

Referencias

[22] Ge, XY et al. Aislamiento y caracterización de un coronavirus similar al SARS de murciélago que utiliza el receptor ACE2. Nature 503, 535-538, doi:10.1038/nature12711 (2013).

[23] Gurung, S., Perocheau, D., Touramanidou, L. y Baruteau, J. El viaje del exosoma: desde la biogénesis hasta la absorción y la señalización intracelular. Cell Commun Signal 19, 47, doi:10.1186/s12964-021-00730-1 (2021).



El mito infeccioso revelado: Los experimentos de Rosenau sobre la gripe española (1918).

Mike Stone | <https://viroliegy.com>

Durante la gripe española de 1918, con el que se considera el “virus” más contagioso de todos los tiempos, los investigadores del Servicio de Salud Pública y la Marina de los EE. UU. trataron de determinar qué causó la gripe y cuan infecciosa era realmente. Sin embargo, los resultados de sus experimentos demostraron que la gripe no es infecciosa en absoluto. Haremos una breve descripción de lo que sucedió durante los estudios.

<https://auburnpub.com>

El estado de la ciencia, la microbiología y las vacunas alrededor de 1918

“Quizás los estudios epidemiológicos más interesantes realizados durante la pandemia de 1918-1919 fueron los experimentos en humanos realizados por el Servicio de Salud Pública y la Marina de los EE. UU. bajo la supervisión de Milton Rosenau en Gallops Island, la estación de cuarentena en el puerto de Boston y en Angel Island, su contraparte en San Francisco. El experimento comenzó con 100 voluntarios de la Marina que no tenían antecedentes de influenza. Rosenau fue el primero en informar sobre los experimentos realizados en Gallops Island en noviembre y diciembre de 1918.⁶⁹ Sus primeros voluntarios recibieron primero una cepa y luego varias cepas del bacilo de Pfeiffer mediante rociado y frotado en la nariz y la garganta y luego en los ojos. Cuando ese procedimiento fracasó en producir la enfermedad, otros voluntarios fueron inoculados con mezclas de otros organismos aislados de la garganta y la nariz de pacientes con influenza. Luego, algunos voluntarios recibieron inyecciones de sangre de pacientes con influenza. Finalmente, 13 de los voluntarios fueron llevados a una sala de influenza y expuestos a 10 pacientes de influenza cada uno. Cada voluntario debía estrechar la mano de cada paciente, hablar con él de cerca y permitirle toser directamente en su cara. Ninguno de los voluntarios en estos experimentos desarrolló influenza. Rosenau estaba claramente desconcertado y procedió con cautela antes de sacar conclusiones de sus resultados negativos. Terminó su artículo en JAMA con un revelador reconocimiento: “Entramos en el brote con la idea de que conocíamos la causa de la enfermedad y estábamos bastante seguros de que sabíamos cómo se transmitía de persona a persona. Quizás, si algo hemos aprendido, es que no estamos muy seguros de lo que sabemos sobre la enfermedad”.⁶⁹ (pág. 313)

“La investigación realizada en Angel Island y que continuó a principios de 1919 en Boston amplió esta investigación al inocular con el estreptococo Mathers e incluir una búsqueda de agentes filtrables, pero produjo resultados negativos similares.⁷⁰⁻⁷² Parecía que lo que se reconocía como una de las enfermedades transmisibles más contagiosas no podía transferirse en condiciones experimentales.”

The State of Science, Microbiology, and Vaccines Circa 1918

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2862332/#!po=60.7527>

Los estudios en Gallops y Angel Island, que se llevaron a cabo en costas separadas en diferentes momentos, mostraron que no importaba cuánto lo intentaran los investigadores, no podían transmitir la gripe española “mortal” de humanos enfermos a humanos sanos. Trabajaron muy duro para infectar a los voluntarios de muchas maneras e intentaron explicar cualquier factor que pudiera haber interferido potencialmente con la transmisión. Por desgracia, no lograron transmitir el “virus” en ni uno solo de todos los casos.

Para profundizar más en lo que ocurrió en Gallops Island, revisaremos el informe completo de Milton Rosenau.

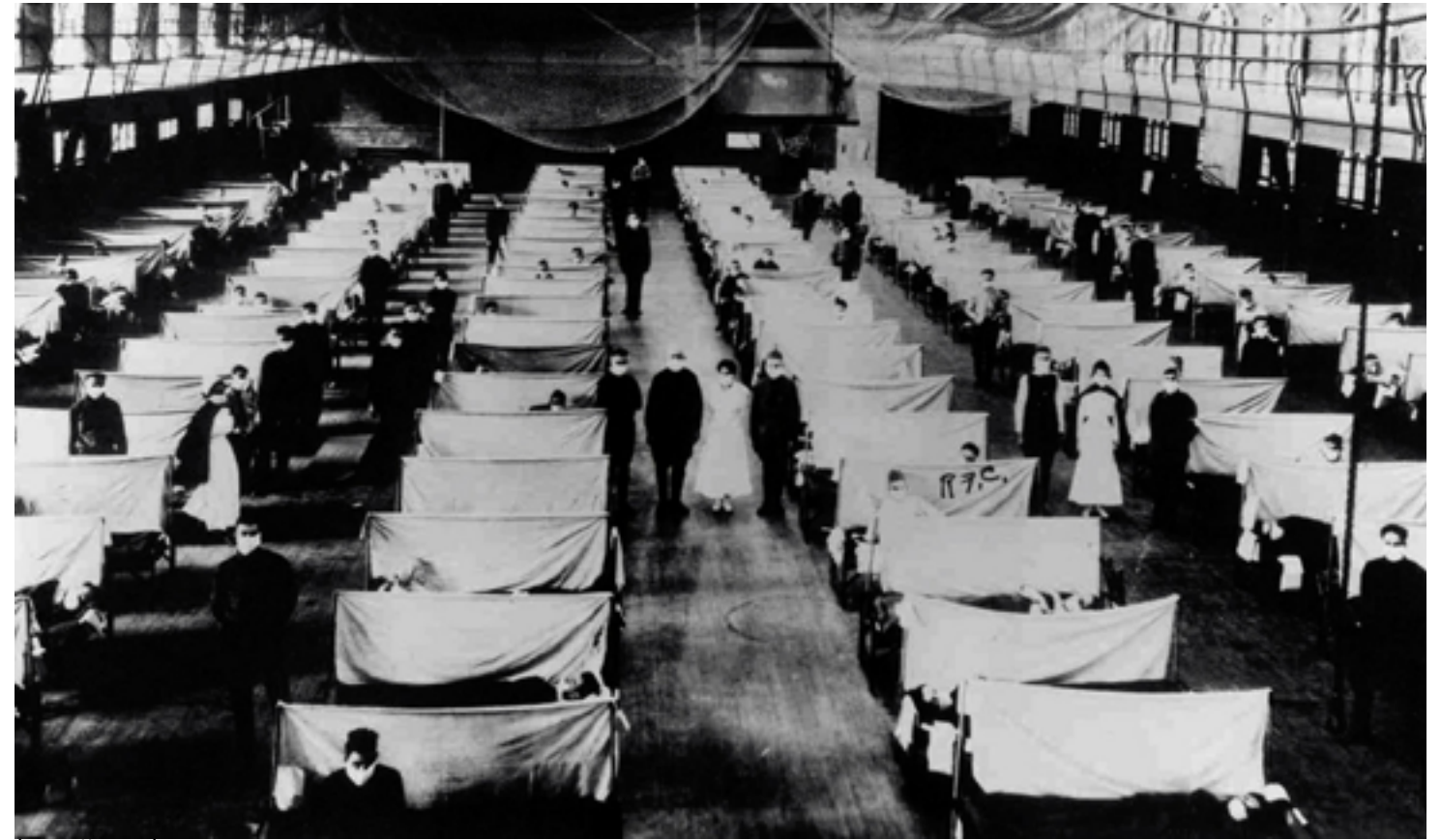
EXPERIMENTOS PARA DETERMINAR EL MODO DE DIFUSION DE LA INFLUENZA.

MILTON J. ROSENAU, MD. BOSTON

“Los experimentos aquí descritos se realizaron en una isla en el puerto de Boston, en voluntarios obtenidos de la Marina. El trabajo fue realizado por un grupo de oficiales, destacados para tal fin, de la Marina de los EE. UU. y del Servicio de Salud Pública de los EE. UU., integrado por el Dr. GW McCoy, director de la Biblioteca Higiénica, el Dr. Joseph Goldberger y el Dr. Lake, todos por parte del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; y cooperando con esos oficiales médicos, había un grupo también designado para este propósito por parte de la Marina de los EE. UU., formado por el Dr. JJ Keegan, el Dr. De Wayne Richey y yo.

El trabajo en sí se llevó a cabo en Gallops Island, que es la estación de cuarentena del Puerto de Boston, y esta particularmente bien equipada para operaciones de este tipo, sirviendo adecuadamente para los propósitos de aislamiento, observación y mantenimiento del gran grupo de voluntarios y personal necesario para atenderlos.

Los voluntarios eran todos de la edad más suscepti-



<https://www.history.com>

ble, en su mayoría entre 18 y 25 años, solo unos pocos de alrededor de 30 años; y todos estaban en buenas condiciones físicas. Ninguno de estos voluntarios, 100 en total, tenía “influenza”; es decir, de las historias más cuidadosas que pudimos obtener, no dieron cuenta de un ataque febril de ningún tipo durante el invierno, excepto unos pocos que fueron seleccionados a propósito, por haber mostrado un ataque típico de influenza, y para probar el test de inmunidad, además de con fines de control.

Ahora bien, procedimos con bastante cautela al principio administrando un cultivo puro del bacilo de la influenza, el bacilo de Pfeiffer, en una cantidad bastante moderada, en las fosas nasales de algunos de estos voluntarios. No me detendré a relatar estos primeros experimentos, pero pasaré de inmediato a lo que puedo llamar nuestro Experimento 1.

EXPERIMENTOS EN ISLA GALLOPS

Como las pruebas preliminares resultaron negativas, nos volvimos más audaces y seleccionamos a diecinue-

ve de nuestros voluntarios, les dimos a cada uno de ellos una gran cantidad de una mezcla de trece cepas diferentes del bacilo de Pfeiffer, algunas de ellas obtenidas recientemente de los pulmones en la necropsia; otras eran subculturas de diferentes edades, y cada una de las trece tenía, por supuesto, una historia diferente. Se rociaron suspensiones de estos organismos con un atomizador en la nariz y en los ojos, y nuevamente en la garganta, mientras los voluntarios respiraban. Usamos algunos miles de millones de estos organismos, de acuerdo con nuestros conteos estimados, en cada uno de los voluntarios, pero ninguno de ellos se enfermó.

Luego se procedió a transferir el virus obtenido de casos de la enfermedad; es decir, recogimos el material y las secreciones mucosas de la boca, nariz, garganta y bronquios de los casos de la enfermedad y las transferimos a nuestros voluntarios. Siempre obtuvimos este material de la misma manera: del paciente con fiebre, en la cama, colocamos un recipiente grande, poco profundo, frente a él o ella, y le lavamos una fosa nasal con una solución de sal estéril, usando quizás 5cc., todo lo

que puede caber en este tipo de bandeja; la fosa nasal se sopla vigorosamente en la bandeja. Esto se repite con la otra fosa nasal. Luego, el paciente hace gárgaras con un poco de la solución. Luego obtenemos un poco de moco bronquial a través de la tos, y luego limpiamos la superficie mucosa de cada una de las fosas nasales y también la membrana mucosa de la garganta. Colocamos estos hisopos con el material en un frasco con perlas de vidrio, y añadimos todo el material obtenido en la cubeta. Este es el material que transferimos a nuestros voluntarios. En este experimento en particular, en el que usamos diez voluntarios, cada uno de ellos recibió una cantidad comparativamente pequeña de esto, aproximadamente 1 cc rociado en cada fosa nasal y en la garganta, mientras inspiraba, y también en los ojos. Ninguno de ellos se enfermó. Parte del mismo material se filtró e inculcó a otros voluntarios, pero no produjo ningún resultado.

Llegados a este punto puedo mencionar que los donantes eran todos pacientes con influenza en hospitales de Boston; a veces en el Hospital Naval de EE. UU. en Chelsea, a veces en el Hospital Peter Bent Brigham, donde teníamos acceso a casos adecuados. Siempre tuvimos en cuenta el hecho de que no tenemos un criterio de influenza; por eso me gustaría recalcar que nunca tomamos un caso aislado de fiebre, sino que seleccionamos a nuestros donantes de un foco o brote de la enfermedad bien diferenciado, a veces de una epidemia en una escuela con 100 casos, de los cuales elegíamos cuatro o cinco casos típicos, con el fin de prevenir errores en el diagnóstico de influenza.

Ahora bien, pensando que tal vez el fracaso en la reproducción de la enfermedad de los experimentos que he descrito se debió a que obtuvimos el material en los hospitales de Boston y luego lo llevamos por la bahía hasta Gallops Island, lo que a veces requería cuatro horas antes de que nuestros voluntarios recibieran el material, y creyendo que el virus tal vez era muy frágil y no podría soportar esta exposición, planeamos otro experimento, en el que obtuvimos una gran cantidad de material y, mediante arreglos especiales, lo llevamos a Gallops Island; de modo que el intervalo entre la toma del material de los donantes y la entrega a nuestros voluntarios fue de tan solo una hora y cuarenta minutos, en total. Cada uno de estos voluntarios en este experi-

mento, diez en total, recibió 6 cc de la mezcla que he descrito. Lo recibieron en cada fosa nasal; en la garganta y en los ojos; usando 6 cc en total, de los que la mayor parte fue asimilada. Ninguno de ellos enfermó.

Entonces, pensando que tal vez no era solo el tiempo lo que estaba causando nuestros fallos, sino también la solución salina, ya que es posible que la solución salina sea enemiga del virus, planeamos otro experimento para eliminar tanto el factor tiempo como la solución salina y todas las demás influencias externas. En este experimento pusimos pequeños hisopos de algodón en la punta de los palitos, y transferimos el material directamente de nariz a nariz y de garganta a garganta, utilizando un tubo West para el cultivo de garganta, para obtener el material no solo de las amígdalas, sino también de la nasofaringe posterior.

Usamos diecinueve voluntarios para este experimento, y fue durante la época del brote, cuando pudimos elegir entre los muchos donantes. Algunos de los donantes estaban en el primer día de la enfermedad. Otros estaban en el segundo o tercer día de la enfermedad. Ninguno de estos voluntarios que recibieron el material así transferido directamente de los casos enfermó de ninguna manera. Cuando digo que ninguno de ellos se enfermó de ninguna manera, quiero decir que después de recibir el material fueron aislados en Gallops Island. Se les tomaba la temperatura tres veces al día y se les examinaba cuidadosamente, por supuesto, y bajo supervisión médica constante se los retenía durante una semana completa antes de liberarlos, y tal vez se los usara de nuevo para algún otro experimento. Todos los voluntarios recibieron al menos dos, y algunos de ellos tres "disparos", como ellos mismos lo llamaban.

Nuestro siguiente experimento consistió en inyecciones de sangre. Tomamos cinco donantes, cinco casos de influenza en la etapa febril, algunos de ellos, de nuevo, bastante temprano en el desarrollo de la enfermedad. Extrajimos 20 cc de la vena del brazo de cada uno, haciendo un total de 100 cc, que se mezclaron y trataron con citrato de sodio al 1 por ciento. Se inyectaron diez cc de sangre entera citratada en cada uno de los diez voluntarios. Ninguno de ellos se enfermó

de ninguna manera. Luego recolectamos una gran cantidad de material mucoso del tracto respiratorio superior y lo filtramos a través de filtros Mandler. Si bien estos filtros retendrán las bacterias de tamaño normal, permitirán el paso de organismos "ultramicroscópicos". Este filtrado se inyectó a diez voluntarios, cada uno de los cuales recibió 3,5 cc por vía subcutánea, y ninguno de ellos enfermó de forma alguna.

El siguiente experimento fue diseñado para imitar la forma natural en que se propaga la influenza, al menos la forma en que creemos que se propaga la influenza, y no tengo ninguna duda de que lo hace: por contacto humano. Este experimento consistió en llevar a diez de nuestros voluntarios de Gallops Island al US Naval Hospital en Chelsea, a una sala con treinta camas, todas llenas de influenza.

Previamente habíamos seleccionado a diez de estos pacientes para ser los donantes; y ahora, relatando lo que sucedió con uno de nuestros voluntarios, pero sin olvidar que los otros nueve estaban haciendo lo mismo al mismo tiempo, obtendremos una imagen de lo que estaba sucediendo en este experimento:

El voluntario fue conducido al lado de la cama del paciente; fue presentado. Se sentó junto a la cama del paciente. Se dieron la mano y, por instrucciones, se acercó tanto como pudo y hablaron durante minutos. Al final de los cinco minutos, el paciente exhaló lo más fuerte que pudo, mientras que el voluntario, hociquito con hociquito (de acuerdo con sus instrucciones, aproximadamente 2 pulgadas entre los dos), recibió su aliento espirado, y al mismo tiempo estaba inhalando mientras el paciente exhalaba. Esto lo repitieron cinco veces, y lo hicieron con bastante fidelidad en casi todos los casos.

Después de haber hecho esto cinco veces, el paciente tosió directamente en la cara del voluntario, cara con cara, cinco veces diferentes.

Puedo decir que los voluntarios fueron perfectos el procedimiento de estos experimentos. Lo hicieron con un alto idealismo. Se inspiraron con la idea de que podrían ayudar a otros. Pasaron el programa con un espíritu espléndido. Después de que nuestro voluntario tuvo

este tipo de contacto con el paciente, hablando y charlando y estrechándole la mano durante cinco minutos, y recibiendo su respiración cinco veces, y luego su tos cinco veces directamente en su cara, pasó al siguiente paciente a quien habíamos seleccionado y repitió lo mismo, y así sucesivamente, hasta que este voluntario tuvo ese tipo de contacto con diez casos diferentes de influenza, en diferentes etapas de la enfermedad, en su mayoría casos recientes, ninguno de ellos con más de tres días de antigüedad.

Recordemos que cada uno de los diez voluntarios tuvo ese tipo de contacto íntimo con cada uno de los diez pacientes de influenza. Fueron vigilados atentamente durante siete días, y ninguno de ellos se enfermó de ninguna manera.

EXPERIMENTOS EN PORTSMOUTH

En ese momento, llegaron las vacaciones, nuestro material se agotó y suspendimos temporalmente nuestro trabajo. De hecho, nos sentimos bastante sorprendidos y algo perplejos, y no estábamos seguros de cuál sería el próximo camino a seguir, y sentimos que sería mejor tomar un pequeño respiro y descansar.

Comenzamos otra serie de experimentos en febrero que duraron hasta marzo, nuevamente utilizando cincuenta voluntarios cuidadosamente seleccionados de la Estación de Entrenamiento Naval de Deer Island. Estos experimentos no los describiré en detalle. Tardaría demasiado. Fueron diseñados de manera simple y el programa fue planeado cuidadosamente, pero la forma en que resultaron las cosas se volvió muy confusa y desconcertante. Daré dos ejemplos para explicar lo que quiero decir con eso; y los doy porque son sumamente instructivos y muy interesantes.

En febrero y marzo, la epidemia estaba disminuyendo. Tuvimos dificultades para encontrar donantes. No estábamos seguros de nuestro diagnóstico, no teniendo criterio de influenza. Por lo tanto, nos sentimos muy afortunados cuando nos enteramos de un brote que estaba ocurriendo en la Prisión Naval de Portsmouth, a solo unas pocas horas al norte de Boston. Inmediatamente cargamos un par

de automóviles con nuestros voluntarios y corrimos a Portsmouth, y allí repetimos muchas cosas que he descrito en nuestra primera serie de experimentos. En Portsmouth, casos típicos para donantes, y transferencia del material directamente a nuestros voluntarios. En unas treinta y seis horas, la mitad del número que expusimos contrajo fiebre y dolor de garganta, con presencia de estreptococos hemolíticos, sin duda como agente causal. Todos los clínicos que vieron estos casos en consulta coincidieron con nosotros en que eran casos ordinarios de dolor de garganta.

Otro incidente: uno de nuestros oficiales, el Dr. L., que había estado en contacto íntimo con la enfermedad desde principios de octubre, recolectando material de seis hombres sanos en el Portsmouth Navy Yard, se pensó que podrían estar en el período de incubación de la enfermedad; estábamos tratando de obtener material lo antes posible, porque toda la evidencia parece indicar que la infección es transmisible al principio de la enfermedad. Ninguno de los seis hombres enfermó de influenza, pero el Dr. L. lo hizo en treinta y seis horas, con un ataque clínico de influenza, aunque había escapado al resto del brote.

CONCLUSIÓN

Creo que debemos tener mucho cuidado de no sacar conclusiones positivas de resultados negativos de este tipo. Se deben considerar numerosos factores. Nuestros voluntarios pueden no haber sido susceptibles. Es posible que hayan sido inmunes. Habían estado expuestos a la enfermedad como el resto de las personas, aunque no presentaban antecedentes clínicos de ataque.

El Dr. McCoy, quien con el Dr. Richey realizó una serie similar de experimentos en Goat Island, San Francisco, utilizó voluntarios que, hasta donde se sabe, no habían estado expuestos al brote en absoluto, también tuvieron resultados negativos, es decir, no pudieron reproducir la enfermedad. Quizás haya factores, o un factor, en la transmisión de la influenza que no conocemos.

De hecho, comenzamos el brote con la idea de que conocíamos la causa de la enfermedad y estábamos bas-

tante seguros de que sabíamos cómo se transmitía de persona a persona. Quizá, si algo hemos aprendido, es que no estamos muy seguros de lo que sabemos sobre la enfermedad.”

Los experimentos de Rosenau fueron solo uno de muchos que intentaron y fallaron en transmitir un “virus” a los humanos de manera “natural” y experimental. Como se indicó anteriormente, se realizaron más experimentos en la costa este de Angel Island, que también produjeron resultados negativos. Hay muchos otros estudios a lo largo de principios del siglo XX que llegaron a las mismas conclusiones. Uno de ellos se detalla en este resumen procedente de un estudio de 1921:

Estudios de influenza III. Intentos de cultivar virus filtrables de casos de influenza y resfriados comunes.

Sara E Branham, Ivan C Hall
[The Journal of Infectious Diseases, 143-149, 1921](#)

“Estos experimentos no ofrecen evidencia que respalde la teoría de que la causa de los resfriados comunes o la influenza es un virus filtrable. Al intentar cultivar virus filtrables de las secreciones nasofaríngeas en resfriados e influenza, no se encontraron cuerpos en los “cultivos” que no pudieran encontrarse también en los de personas normales, en controles en todos los medios simples examinados y en platinas en blanco. Se reconoce que los experimentos negativos, limitados al intento de cultivo de un virus filtrable y que no incluyen intentos de reproducir la enfermedad en animales, no ofrecen evidencia concluyente de que dicho virus no esté involucrado. No se pueden extraer conclusiones sobre la influenza, debido a los pocos casos examinados, junto con el hecho de que no se tomaron muestras de los mismos durante las primeras etapas de la enfermedad. Sin embargo, los resultados uniformemente negativos obtenidos con un número grande y representativo de resfriados no carecen de importancia.”

Hay muchas pruebas contra el mito de la infecciosidad. Los investigadores han intentado repetidamente

transmitir “virus” invisibles de persona a persona y han fallado. Debido a estos primeros experimentos fallidos que niegan el mito de la transmisión de enfermedades de persona a persona, este tipo de estudios con sujetos humanos se consideraron poco éticos y finalmente se detuvieron. En cambio, la evidencia de “virus” provino de enfermedades creadas experimentalmente a través de inyecciones no naturales de tejidos animales tritu-

rados mezclados con químicos/aditivos tóxicos en el cerebro, ojos, nariz, garganta, venas, etc. de otros animales. Dado que la virología no podía mostrar la transmisión de enfermedades de persona a persona, decidieron engañar a los crédulos e ignorantes creando enfermedades experimentales a través de la tortura de animales. Obviamente un camino mucho más “ético”.



EL REGISTRO FÓSIL HUMANO: CADA EXPERTO CON “SU” ESPECIE.

Máximo Sandín | Sobre el origen del Hombre | www.somosbacteriasyvirus.com



“Con respecto a las cualidades morales, aun los pueblos más civilizados progresan siempre eliminando algunas de las disposiciones malévolas de sus individuos. Veamos, si no, cómo la transmisión libre de las perversas cualidades de los malhechores se impide o ejecutándolos o reduciéndolos a la cárcel por mucho tiempo. (...)En la cría de animales domésticos es elemento muy importante de buenos resultados la eliminación de aquellos individuos que, aunque sea en corto número, presenten cualidades inferiores.”
Charles Darwin.
El Origen del Hombre.

Los datos paleontológicos, cada día más abundantes e informativos, aunque, obviamente, no “completos” (Foote y Sepkoski, 1999; Benton et al., 2000) parecen resultar progresivamente más coherentes (por fin) con los datos neontológicos, es decir, los que nos indican cómo y por qué cambian los organismos. Cada vez resulta más claro que los cambios de organización biológica a gran escala, los grandes cambios de fauna y flora que han dado nombre a los principales períodos geológicos, están asociados a fenómenos catastróficos de dimensiones globales que se han producido

en nuestro planeta a lo largo de la historia de la Vida: Caídas de enormes asteroides que han producido crisis ecológicas y climáticas a gran escala, acompañadas a veces de inversiones del campo magnético terrestre, que han dejado a la Tierra sometida a un violento bombardeo de radiaciones (Erickson, 1992), han provocado extinciones masivas seguidas de súbitas remodelaciones en las formas preexistentes. Según el prestigioso paleontólogo T. S. Kemp (1999): Niveles muy altos de evolución morfológica, ocurren de forma característica a continuación de una extinción masiva.

Esta aparición de nuevas morfologías, necesariamente brusca, porque ha de producirse mediante cambios en el desarrollo embrionario, y esta situación de entorno prácticamente vacío, tiran por tierra, por otra parte, la visión competitiva implícita en el supuesto “mecanismo” de la selección natural. En palabras de S. J. Gould (uno de los más brillantes paleontólogos de los últimos tiempos), La esperanza darviniana de una extrapolación suave de acontecimientos a pequeña escala (que pueden estudiarse directamente) al gran panorama geológico se viene abajo, y debemos reconocer el carácter distintivo que las extinciones masivas imponen a la historia de la Vida. /.../ Si la mayor parte del tiempo se consume en períodos de recuperación, los modelos competitivos se vienen abajo... Y estos hechos no sólo cuentan para los notables cambios morfológicos que se observan tras las extinciones masivas, sino también para las diferenciaciones a niveles taxonómicos inferiores. La “Teoría del equilibrio puntuado”, elaborada en 1972 por S. J. Gould y N. Eldredge (que en realidad no es una teoría, porque no propone una explicación, sino que se limita a describir lo que se observa en el registro fósil), ha puesto de manifiesto unos hechos, también sistemáticos, y que ya eran reconocidos por los paleontólogos predarwinistas: 1º En cualquier área local una especie no surge gradualmente por transformación constante de sus antecesores, sino que aparece de una vez y plenamente formada. 2º Las especies aparecen en el registro fósil con una apariencia muy similar a cuando desaparecen. Es lo que se conoce como “estasis”, período que puede durar entre uno y diez millones de años. Estos fenómenos se han podido constatar de una forma indiscutible cuando el registro fósil ha permitido estudiar especies durante largos períodos sin solución de continuidad (Williamson, 1983; Kerr, 1995). Desde luego, la forma en que estos cambios bruscos se han de producir resulta difícil de “visualizar”, y muy especialmente para los biólogos, tras 150 años de “adiestramiento mental” en la extrapolación “con el tiempo” de los pequeños cambios graduales a los cambios de organización, pero estas remodelaciones bruscas, producidas en una generación por cambios en el desarrollo embrionario se han podido verificar experimentalmente en artrópodos (Morata, 98; Ronschaugen et al., 2002). Puede resultar misterioso o difícilmente concebible el modo en que estos cambios de

organización se han tenido que producir en medio de grandes disturbios ecológicos, pero precisamente son los misterios (y no las “explicaciones” simplistas) los estímulos de la investigación científica.

Todos estos datos (sobre la complejidad de la información genética, sobre la integridad y la plasticidad de los genomas, sobre la interconexión de todas las características durante el desarrollo embrionario que conducen a remodelaciones globales, sobre los “saltos” en el registro fósil...) habrán de ser incorporados, algún día, por los paleontólogos para su interpretación de la evolución humana. Desgraciadamente, no parece que el momento esté próximo. Las obras más recientes sobre evolución humana comienzan sistemáticamente por una introducción compuesta por una declaración de fe darvinista y una base teórica estructurada sobre las fórmulas, hipótesis y asunciones de la Genética de poblaciones. Y con semejantes cimientos no cabe esperar una gran solidez en el edificio.

Para comenzar por la base, los fósiles más antiguos de lo que se considera (aunque no por todos los expertos) un “homínido” son unos restos extremadamente fragmentarios (un fragmento de húmero, algunos dientes y pequeños trozos de huesos) bautizados como *Orrorin tugenensis* y datados en, aproximadamente, seis millones de años de antigüedad, a finales del Mioceno. La pista de sus antepasados “directos” y “lineales” se pierde en el Mioceno, en el que restos de características simiescas, escasos y extremadamente fragmentarios, dada la dificultad que para la fosilización ofrece la selva tropical, han recibido, por parte de sus descubridores, los nombres de *Keniapithecus*, *Heliopithecus*, *Ouranopithecus*, *Otavipithecus*... Naturalmente, cada investigador los introduce, voluntariamente, en el linaje humano. Pero, aunque es evidente que de algún antiguo primate hemos de descender, junto con nuestros parientes, los póngidos, sólo tenemos unas primeras pruebas que nos hablan claramente de la historia de nuestros antecesores aunque, desgraciadamente, son indirectas. Se trata de las huellas fósiles de Laetoli, en Tanzania, que indican una evidente marcha bípeda y una morfología del pie típicamente humanas. Descubiertas por el equipo de Mary Leakey en 1977, son impresiones que, sobre fina ceniza volcánica hume-

decida por la lluvia, dejaron dos “homínidos”, uno más grande y otro de menor tamaño que atravesaron la llanura sobre la que se habían depositado en dirección Sur- Norte. La descripción de Mary Leakey y la observación de las fotografías revelan una marcha claramente humana. El ritmo de la marcha, la firme pisada con el talón, el arco plantar y el dedo gordo paralelo a los demás indican, como han reconocido numerosos expertos (Lovejoy, 1981; Robbins, 1987; Tuttle et al., 1991, etc.), que el pie que dejó esas huellas era anatómica y funcionalmente como el humano, y que ya existía hace 3,6 millones de años. El problema surge a la hora de asignarle un propietario.

y garhi, en la línea de los africanus, y bahrelgazhali y aethiopicus en la de los robustus, además de los que, para muchos, son los responsables (por ser coetáneos) de las huellas de Laetoli: los *Australopithecus afarensis*. La situación de cada ejemplar fósil en la línea evolutiva humana es objeto de ardorosos y, en ocasiones, agrios debates en los que cada investigador (y especialmente si es el descubridor) tiene su propia versión, pero la idea generalmente admitida es que algún tipo de australopitecino es nuestro antecesor, con excepción de los robustus, caracterizados por una “cresta” ósea sagital que recorre la parte superior del cráneo, y que se consideran una “rama abortiva” de la evolución humana, es decir, extinguidos, bien por la competencia con



Huellas de Laetoli, Tanzania. | www.elespanol.com

Los restos fósiles de que se dispone, pertenecen a los que la versión “oficial”, es decir, la comúnmente admitida, considera nuestros antecesores directos: los conocidos genéricamente como Australopitecinos. En este “cajón de sastre” se incluyen (con discrepancias entre distintos autores) desde *Ardipithecus ramidus* hasta los *Australopithecus africanus* y *robustus* (estos últimos con sus “versiones” *Paranthropus* y *boisei*), pasando por los *Australopithecus anamensis*, *playtiops*,

“homínidos mas aptos”, bien por su propia “ineptitud”.

Sin embargo, resulta extraño que entre la abundancia de fragmentos de “homínidos” rescatados de lo que antes fueron frondosas selvas africanas (Rayner y Masters, 1994), no se encuentre el más pequeño vestigio de nuestros parientes evolutivos más próximos: los chimpancés y los gorilas. Pero eso no parece tener la más mínima importancia para un darvinista convenci-

do, y así nos lo explica Juan Luis Arsuaga (1999): Obsérvese que en el dendrograma no aparece ninguna especie fósil de chimpancé. La razón es que no se conoce ninguna. Sin embargo, no cabe esperar que los chimpancés fósiles vengán a rellenar el foso que nos separa de sus descendientes vivos, por lo que no son importantes en esta discusión: nadie cree que haya habido en el pasado chimpancés más bípedos o más inteligentes que los actuales. **Lo que se necesita** (el subrayado es mío) son formas de algún modo intermedias, “eslabones perdidos” en la retórica tradicional, o dicho aún más crudamente: “hombres-mono”. Éste se puede considerar un típico ejemplo de cómo la “firmes convicciones” pueden despojar cualquier argumento del más mínimo carácter científico. Porque desde un punto de vista científico, es decir, desde el análisis reflexivo y crítico de las distintas posibilidades, el razonamiento debería ser de este tipo: ¿Cómo es posible que se hayan encontrado cientos de fragmentos fósiles de “homínidos” y no exista un solo resto de póngidos con los que, al menos “inicialmente” compartían hábitat? Y, seguramente, la respuesta esté en que una gran cantidad de fósiles atribuidos al linaje humano sean, en realidad, de antecesores de chimpancé y gorila.

Para no enfrascarnos en una estéril especulación sobre los extremadamente fragmentarios y discutidos restos previos a las pruebas más sugerentes, las huellas de Laetoli, vamos a enfrentarnos a sus contemporáneos: los *Australopithecus afarensis* de África del Este. El estudio de los huesos de pies y manos, bien conservados, denotan unas curvaturas en las falanges típicas de los póngidos. Los cráneos, extremadamente fragmentarios, muestran una morfología simiesca, y sus mandíbulas y maxilas unos grandes caninos con el diastema característico de los póngidos. Incluso el fósil más completo de esta “especie”, la famosa “Lucy” de El Afar, está resultando menos humana de lo que sus descubridores (Johanson y White) pretendían. La reconstrucción de su cadera, diferente según distintos expertos, presenta una cresta ilíaca más humana (Lovejoy, 1981) o más simiesca (Schmid, 1983; Stern y Susman, 1983). De hecho, Richard Leakey, siempre ha sostenido que en los restos dispersos y fragmentarios de los *afarensis* de Tanzania se encontraban mezclados restos de australopitecinos y de *Homo* que, para él, es muy antiguo.



Izquierda: Una de las versiones reconstruidas del pie de Lucy. Derecha: Pie de chimpancé actual.

Para complicar más, si cabe, la ceremonia de confusión en que se han convertido los debates sobre las “fases iniciales” de la evolución humana, un estudio llevado a cabo por Richmond y Strait (2000) sobre los huesos de la muñeca de *Australopithecus anamensis* de Kenia y *Australopithecus afarensis* (la ya famosa “Lucy”) de Etiopía, datados entre 3 y 4 millones de años, ha llevado a la conclusión de que su estructura y proporciones son las típicas de los póngidos que caminan apoyados en los nudillos. La conclusión es: Los humanos evolucionaron de antecesores que caminaban apoyados sobre los nudillos. Ahora bien, si tenemos en cuenta la forma característica en que los pies se apoyan sobre su borde externo en el suelo en esta forma de desplazamiento, incluso cuando caminan erguidos, la pregunta que surge es: ¿A qué antecesor pertenecen las huellas de Laetoli?. Y esto nos lleva a los australopitecinos más clásicos, los *afarensis* y *robustus* sudafricanos, los primeros tradicionalmente incluidos en la línea evolutiva humana, y los segundos excluidos de ella. El descubrimiento, en África del Sur de cuatro huesos del mismo pie de un australopitecino sin determinar muestra unas proporciones y curvaturas que revelan, sin posible discusión, una morfología típica de los actuales póngidos (Deloison, 1996). Todo esto conduce, inevitablemente, a una conjetura, al parecer, inimaginable para los es-

pecialistas en la evolución humana: Si la morfología de muchos de estos restos es característica de póngidos, si su forma de desplazarse es la típica de los póngidos y su hábitat es el de los actuales póngidos, ¿no es posible que muchos de estos “homínidos” fueran en realidad póngidos?

Una “investigación de laboratorio” tan accesible para un no especialista, como revolucionaria en su metodología, puede ser observar los moldes de *Australopithecus africanus* (Sterkfontein, member 4) y de *Zinjanthropus* (Olduvai, H 5), y compararlos con cráneos de machos de chimpancé y gorila actuales. Las características superestructuras óseas de estos últimos (la cresta sagital, los arcos superciliares, la morfología facial) sin duda más significativos desde el punto de vista de la organización embriológica que sus matices o dimensiones, se pueden identificar, una por una, más acentuadas, y explicables por heterocronías, (aceleraciones o retardos en el proceso embrionario) en los gorilas machos. En cuanto a las semejanzas entre el cráneo de *Australopithecus africanus* y el de chimpancé, son tan llamativamente estrechas, que resulta sorprendente que los paleontólogos humanos, que se enzarzan en

prolijos debates sobre las diferencias “específicas” entre restos humanos basadas en matices morfológicos, a veces irrelevantes, no se hayan planteado jamás estas espectaculares semejanzas. Pero quizás no sea este el problema, porque, lógicamente, algún científico se lo ha planteado: M. Verhaegen (1994), ha revisado una gran cantidad de datos correspondientes a la morfología y dimensiones craneodentales de los australopitecinos y los ha comparado con las de chimpancés, gorilas y humanos, adultos e inmaduros. Los grandes australopitecinos de África del Este resultan más próximos a los gorilas, mientras que los del Sur de África se aproximan a chimpancés y humanos. La conclusión es que la relación de los diferentes australopitecinos con humanos, chimpancés y gorilas debe ser reevaluada. El verdadero problema es que este tipo de planteamientos hacen tambalearse el paradigma dominante, por lo que son sistemáticamente ignorados, devaluados o relegados al ostracismo por las “jerarquías del evolucionismo”.

Todo parece indicar que la supuesta ausencia de restos de póngidos en el registro fósil es más un resultado de la idea prevaleciente de la evolución humana y del deseo de los investigadores de encontrar “su” ejemplar



Fig. 10. Male *Australopithecus africanus* StW 53 (left) and male of second species StW 505 (right). Note the longer, more massive face in the second species.

Cráneo de Sterkfontein. Reconstrucción de *A. Africanus*. | <http://www.scielo.org>

de gran trascendencia, que de la realidad. Y así se ha puesto de manifiesto recientemente, cuando un pón-gido (y para colmo, hembra), ha pasado a formar parte (aunque, naturalmente, con discrepancias) del registro paleontológico. El descubrimiento, en Etiopía, este mismo verano, del denominado por sus descubridores (Brunet et al., 2002) Sahelanthropus tchadensis, el más antiguo miembro de nuestra familia, un cráneo muy completo, pero fragmentado y sujeto, por tanto, a diferentes reconstrucciones en función de las ideas previas sobre su condición, bautizado como Toumaï, y datado entre 6 y 7 millones de años, ha sido recalificado por Milford Wolpoff, uno de los más brillantes paleoantropólogos actuales, como perteneciente a un gorila hembra ancestral en función, fundamentalmente, de las características de la base del cráneo (Wolpoff et al., 2002). No obstante, tanto sus descubridores como otros expertos, siguen negándose a conceder a los pobres póngidos un lugar en el registro fósil.

La sensación que produce esta situación, que se está convirtiendo en absurda, es que, antes o después habrá que rehacer toda la filogenia humana. Pero, para ello, parece necesario un difícil ejercicio de renovación conceptual (en función de los nuevos conocimientos) en la comunidad de los paleoantropólogos, en la que las interpretaciones darwinistas sobre la condición y la evolución humanas parecen estar tan arraigadas. Una renovación que haga posible desprenderse de la ya obsoleta visión de un cambio gradual y (aunque pretendan negarlo), “progresivo”, dirigido por supuestas ventajas de los “más aptos” en una permanente competencia entre sí mismos, con los demás, con el entorno... y sustituirla por otra más coherente con lo que nos revelan los actuales datos genéticos, embriológicos, ecológicos y paleontológicos sobre los procesos evolutivos. Entre los primeros, unos muy recientes y muy significativos nos pueden dar algunas pistas sobre los procesos implicados en la adquisición de la morfología humana. El equipo de Kelly Frazer, en California, mediante la utilización de “biochips” de ADN, en chimpancés, cuyas diferencias genéticas con el hombre, basadas en el simple recuento de bases distintas (polimorfismos de nucleótidos), han estado consideradas durante los últimos treinta años en un 1,5 %, han identificado inserciones y deleciones que cubren un rango

desde 200 a 10.000 bases de longitud y que, en conjunto, comprenden unas 150.000 bases (Pennisi, 2002). Sin duda, estas reorganizaciones genéticas han de tener alguna relación con los hechos que comentaremos a continuación.

La prestigiosa paleontóloga Elisabeth Vrba, coautora junto a S. J. Gould de brillantes trabajos sobre evolución, ha identificado dos períodos de grandes cambios climáticos en la Tierra. Uno de ellos se produjo entre 7 y 4,5 millones de años (África estaba unida a Europa, y el Mediterráneo, antes Mar de Tetis, había quedado reducido a unos cuantos lagos salados). Otro, entre 3 y 2 millones de años. Ambos se caracterizan por un notable descenso de la temperatura, grandes transformaciones orogénicas y cambios evolutivos masivos (una vez más) en todo el planeta (Vrba, 1999). Estos “cambios evolutivos”, es decir, remodelaciones bruscas sistemáticamente observadas en todos los taxones animales (Kemp, 1999) y vegetales (Moreno, 2002), han de tener alguna correspondencia con la evolución humana (a no ser que se la considere “un caso aparte”). El conjunto de características anatómicas estrechamente interrelacionadas subyacentes al bipedismo humano es considerable, e incluye desde el orificio occipital y las curvaturas cervical y lumbar de la columna vertebral, hasta la pelvis más corta y ancha y un fémur inclinado conectados por una musculatura reorganizada, extremidades inferiores largas y con la superficies articulares ampliadas, la articulación de la rodilla modificada para su extensión y un pie de apoyo plano en el que el dedo gordo, aumentado en tamaño, es paralelo al resto. Resulta poco menos que absurdo pensar que cada una de estas modificaciones se pudiera conseguir independientemente, gradualmente y “al azar”, a partir de una morfología propia del cuadrupedismo sobre los nudillos.

UN ÁRBOL CON UNA RAMA

Aunque los primeros indicios de un patrón morfológico humano se remontan, indirectamente, a las huellas de Laetoli de hace 3,6 millones de años, los restos fósiles más indiscutibles datan de unos dos millones de años (las supuestas dos especies Homo hábilis y Homo rudolfensis) caracterizados no sólo por su morfología,

sino por estar asociados a una industria lítica sencilla (Oldovaica), que ha llevado a los paleoantropólogos a concederles la consideración de Homo. Pero esta condición no sólo se desprende del hecho de su capacidad de elaborar (de preconcebir) herramientas, por simples que sean (lo que, por otra parte, es lógico por ser las primeras, además de que no se dispone de información sobre el uso de herramientas prececederas), tampoco del volumen cerebral, un lastre de la antropología decimonónica profundamente arraigado. El carácter distintivo del cerebro humano no es su tamaño, sino su organización y, a falta de datos paleontológicos fiables sobre ésta, sólo podemos guiarnos por un comportamiento distintivamente humano. En Koobi Fora, en Kenia, se han encontrado (Isaac, 1997) los restos de una actividad de planificación y cooperación que sólo así se puede considerar. Hace 2,5 millones de años, los restos de un hipopótamo encontrado, probablemente, muerto, fueron meticulosamente destazados, como señalan las muescas dejadas por las herramientas en los huesos. En su proximidad se encontraron las pruebas de la existencia de una “fábrica” de herramientas en los bloques de piedra llevados allí ex profeso, y unos claros indicios (herramientas y fragmentos de huesos) de un troceo y reparto de alimentos. Estos datos nos informan de unas actividades, (de cuyo origen y prececedentes no se dispone, por el momento, de documentación), claramente humanas.

Llegados aquí, quizás sea conveniente un inciso para una breve reflexión: Un argumento profundamente arraigado y muy utilizado en las interpretaciones darwinistas de la evolución humana (y con un evidente componente etnocéntrico) es la pretendida relación entre complejidad tecnológica y capacidad mental. Supuestamente, la sencillez o la uniformidad de las herramientas líticas primitivas indicarían una escasa inteligencia en sus autores (Tattersall, 2000). Sin embargo, cabe plantearse si el verdadero mérito es de los que producen las mejoras o de los primeros que fabricaron (que concibieron) esas herramientas. De igual modo, no es mayor el mérito de los técnicos que mejoran las prestaciones de un automóvil que el del que ideó la primera máquina “automóvil”. Si alguien afirmase que la simpleza y la poca eficacia de la primera máquina de James Watt reflejan su escasa inteligencia, lo razonable

sería dudar de la del emisor de tal juicio.

Pues bien, a partir de estas pruebas tan significativas y de los fósiles de los “homínidos” asociados a esta misma cultura lítica, lo que se observa en el registro paleontológico son matices (variaciones morfológicas irrelevantes y lógicas mejoras en la tecnología) de un mismo tema básico: la organización anatómica y de comportamiento inherente a la condición humana. Los distintos restos humanos datados en fechas posteriores y prácticamente continuos en el tiempo, han sido analizados, medidos, comparados y clasificados por sus diferentes descubridores con una meticulosidad infinitamente superior a la mostrada con los restos de los australopitecinos. Desde lo que se admite como la aparición del “género” Homo, es decir, fósiles asociados a una morfología y/o a una cultura claramente humanas, se han propuesto un número variable de “especies” diferentes (por lo que, según el concepto de especie, no deberían ser interfecundas entre sí): Homo habilis, H. rudolfensis, H. ergaster, H. erectus, H. antecessor, H. heidelbergensis, H. neanderthalensis y, finalmente, Homo sapiens. Las “especies paleontológicas”, es decir las basadas en restos casi siempre muy fragmentarios son, en muchas ocasiones, artefactos con una base real poco sólida o, al menos, inverificable. Pero en el caso de la evolución humana, la “compartimentación” específica de unas variaciones morfológicas cuya traducción en términos genéticos se desconoce, pero cuya comparación con la variabilidad actual (existente tras milenios de intercambio genético), hace pensar que no resulta muy superior, es casi un acto de fe. La amplísima distribución temporal (una “estasis” de más de dos millones de años) y espacial (desde África y Europa hasta Extremo Oriente y Oceanía) de una especie formada por grupos no muy numerosos, de una extremada movilidad, y muy susceptibles, por ello, a fenómenos demográficos (que no evolutivos) de deriva genética (aislamientos reproductivos, mortalidad diferencial aleatoria, etc.), justificarían más que sobradamente la variabilidad encontrada a lo largo del tiempo. Y esta posibilidad se ha visto reforzada con el reciente descubrimiento en Etiopía (Asfaw et al., 2002) de un cráneo datado en un millón de años de antigüedad, con unos rasgos morfológicos “característicos” de la supuesta especie Homo erectus de China. La consecuencia que de-

riva de este hallazgo es que Homo erectus era un grupo casi tan variado y ampliamente distribuido como los humanos actuales (Clarke, 2002).

Y, por si este descubrimiento no fuera suficiente para derribar los tópicos árboles filogenéticos cargados de especies que se extinguen o que ascienden gradualmente en status humano a medida que cambia ligeramente su aspecto o progresa su tecnología, un también reciente hallazgo, ha sorprendido (cabe suponer que desagradablemente) a los paleoantropólogos constructores de dichos árboles. Se trata de tres pequeños cráneos, acompañados de industria lítica muy primitiva encontrados en Dmanisi, en el Cáucaso y datados, nada menos, que en ¡un millón setecientos cincuenta mil años! (Balter y Gibbons, 2002). En algunas características los diminutos nuevos cráneos se asemejan a H. habilis, un homínido africano que algunos consideran ancestral a Homo erectus. /.../ Estos especímenes subrayan la necesidad de un profundo replanteamiento de la diversidad del temprano...Homo.

Estos son sólo algunos de los descubrimientos que están derribando viejos tópicos darvinistas sobre la relación entre diferencias morfológicas y "grado" de evolución. La simplista y arraigada extrapolación que liga progreso tecnológico con progreso en inteligencia (según la cual Bill Gates debería ser infinitamente superior en inteligencia a Platón, por poner un ejemplo de nuestra cultura), llega, a veces, a extremos próximos a lo grotesco: La simplicidad de las primeras herramientas líticas conocidas (la primera gran innovación) es al parecer, un indicio de una capacidad mental tan escasa, que se podría calificar de inexistente: Los harían sin darse cuenta, lo que no quiere decir que no pudieran entrañar cierta dificultad (es sorprendente la cantidad de operaciones muy complejas que cualquiera de nosotros realiza cada día de forma automática, y es seguro que no somos conscientes de todo lo que pasa por nuestra cabeza) (Arsuaga, 1999). Es decir, la búsqueda de piedras adecuadas, la elaboración de las herramientas e, incluso, el troceo y reparto de la carne de un animal se identifican con las acciones que hoy hemos incorporado a nuestras rutinas y realizamos de forma mecánica, para concluir que las distintas actividades efectuadas para conseguir alimento hubieron de ser

realizados por una especie de "autómatas" que no tenían conciencia de sus actos... Un verdadero "acto de fe".

Pero, al parecer, las capacidades de estos autómatas inconscientes y "primitivos" eran sorprendentes (según la explicación antes expuesta, los más sorprendidos de los resultados serían ellos mismos). La industria lítica conocida como Acheulense, por el lugar de su primer descubrimiento, en Saint Acheul, (Francia), ha estado considerada durante mucho tiempo originaria de Europa, donde (¡cómo no!) se habrían producido las innovaciones culturales fundamentales (hubo toda una teoría basada en el "impulso del frío" al progreso cultural). Esta industria se caracteriza (entre otras cosas) por el "hacha de mano" en la que, además de una mayor zona de corte que las herramientas previas, se puede apreciar una búsqueda premeditada de la simetría (se podría aventurar: de la belleza). Pues bien, en 1992, en unos sedimentos de Konso Gardula (Etiopía) que cubren un período de entre 1,3 y 1,9 millones de años, se encontraron las más antiguas herramientas típicamente acheulenses conocidas por el momento (Asfaw et al., 1992). Pero también hay que hablar de un detalle aparentemente trivial, pero que nos informa de unos hábitos, tal vez no muy elegantes, pero muy humanos: se encontró una mandíbula izquierda característica de Homo erectus (para algunos ergaster) con evidentes muestras en todos los dientes de haber sido marcados por el uso habitual de mondadientes.

Resulta muy revelador del espíritu que subyace a las interpretaciones darvinistas de la evolución humana, el marcado contraste entre la gran importancia que dan a las diferencias en el aspecto físico de los hombres y la poca valoración que conceden a las pruebas que reflejan una gran inteligencia en los "homínidos" primitivos. De ahí, la escasa relevancia que se da a datos obtenidos en investigaciones muy bien fundamentadas con revelaciones extraordinarias sobre la conducta de nuestros antecesores. En Marzo de 1998, se publicó en Nature el artículo: Edades por trazas de fisión de herramientas líticas y fósiles en la isla de Flores, Este de Indonesia (Morwood et al., 1998): Hace 800.000 años, los hombres (los "homínidos" pertenecientes a la "especie" Homo erectus) ¡eran capaces de navegar! y

cruzar repetidamente distancias que, en los períodos de menor nivel de las aguas, superaban los 19 kilómetros. Ésta es la distancia mínima que separaba la isla de Flores del archipiélago de Sonda (próximo, por cierto, a Australia), donde llegaron a extinguir mediante la caza, perfectamente documentada, tortugas gigantes y Stegodon enanos. La conclusión del artículo es que las capacidades cognitivas de esta especie deben ser reconsideradas. Efectivamente, la construcción o la utilización de algún tipo de balsa, necesaria para una travesía semejante, y la repetición del hecho, implican una capacidad de previsión y de comunicación, imprescindibles para actuar en grupo, que descalifican a la concepción ortodoxa de estos "homínidos" como seres inconscientes dirigidos por el instinto. Por eso, unas pruebas paleontológicas que serían aceptadas como indiscutibles para apoyar alguna tesis "oficial" son consideradas "débiles" por los darvinistas más ortodoxos.

A medida que aumentan los conocimientos biológicos y los datos del registro fósil, resulta más patente la necesidad de reconsiderar muchos viejos tópicos. Pero, sobre todo, el aparentemente más arraigado y, con toda seguridad, el más distorsionado (y distorsionador) de la concepción de la naturaleza humana, porque constituye la base de la rancia visión victoriana de la realidad que impregna las interpretaciones darvinistas: la idea de que unos hombres son "por naturaleza" superiores a otros, lo que justifica que en la feroz competencia en la que se desarrollan las relaciones entre los seres vivos, sólo triunfen los "más aptos". Y esta es la explicación de la historia evolutiva de la Humanidad: la "sustitución" sistemática y total (en palabras de Darwin, el "reemplazo") de los hombres más "primitivos" por los que tuvieron alguna ventaja (siempre relacionada con una mayor inteligencia) sobre ellos. La extrapolación de esta concepción (que, desgraciadamente, es la que mayor difusión tiene en los medios de comunicación por ser la versión "oficial") a las relaciones entre los pequeños grupos de cazadores-recolectores en que se desenvolvían nuestros antecesores es, a todas luces, absurda. De los datos históricos sobre grupos humanos con esta forma de vida (y también de los actuales aunque, por desgracia, cada día más escasos y aculturados), la primera característica a destacar es la carencia del sentimiento de posesión de la tierra. La conciencia de que

es ella la que ofrece sus dones les hace considerarse como pertenecientes a la tierra. La segunda, es la fácil disposición para la movilidad: cada individuo, cada grupo familiar, no dispone de otros bienes que los necesarios para realizar sus actividades de caza y recolección. Para un modo de vida así, la acumulación de objetos sería absurda, porque habría que transportarlos en cada desplazamiento. Y la tercera, es la cooperación en las cacerías y en la labor de recolección y el reparto de los alimentos obtenidos entre el grupo. Estos hechos, documentados con pocas variantes en distintos grupos africanos, asiáticos, australianos, americanos... no responden a una "idealización" del bucólico modo de vida nómada. Son conductas elaboradas a partir de la experiencia que las ha hecho necesarias porque resultan más eficaces para la supervivencia del grupo que la actitud contraria. Naturalmente, esto no quiere decir que los actos ocasionales de violencia estuviesen ausentes en la vida de estos grupos. De hecho, a veces aparecen en restos fósiles humanos pruebas claras de heridas causadas por actos de violencia interpersonal que suelen ser resaltados como una prueba del carácter violento de estos "homínidos", cuando lo que muchas veces nos revelan es que la frecuente curación de estas heridas, en ocasiones graves, indica los cuidados eficaces que estas personas se dispensaban. En suma, tanto lo uno como lo otro, una clara prueba de su condición humana.

En este contexto, es decir, en un mundo poblado por bandas nómadas de cazadores-recolectores, la "sustitución" de unos grupos por otros se hace prácticamente (se podría afirmar que totalmente) imposible: Si tenemos en cuenta que de la superficie total de la Tierra, 510 millones de Kilómetros cuadrados, aproximadamente 149 millones, (con pequeñas fluctuaciones en función de los ascensos y descensos del nivel del mar causados por las glaciaciones) estaban libres de las aguas, e incluso considerando sólo una tercera parte de esta superficie (unos 50 millones de kilómetros cuadrados) como la que reuniría las óptimas condiciones para la vida, ¿tiene sentido pensar que unos grupos dispersos y móviles compuestos por no mucho más de 50 personas (límite aproximado impuesto a este tipo de grupos por la cantidad de terreno necesario para su aprovisionamiento), con unas herramientas y "armas"

semejantes, básicamente de piedra y madera, tengan la más mínima posibilidad de eliminar totalmente a grupos semejantes, por otra parte, perfectamente adaptados a su entorno a lo largo de milenios?. La población humana total, ya en el Paleolítico superior, se ha estimado en unos 5 millones de personas. Aún siendo el doble, tendrían todo el espacio imaginable para escapar, incluso en el extremadamente improbable caso de que los recién llegados, a pesar de su cultura cazadora-recolectora, dispusieran de alguna supuesta superioridad producida por alguna "mutación" darwinista responsable de una conducta colonialista.

En base a estos argumentos, (o más concretamente, a estos datos), y haciendo uso de una mínima capacidad de imaginación, parece más razonable pensar que, a lo largo de milenios (hay que resaltar: milenios) de vida móvil, de encuentros y de compartir hábitat y modo de vida, se estableciese un inevitable "flujo génico" entre ellos. De hecho, otra característica muy habitual entre los grupos nómadas históricos es el intercambio de jóvenes entre distintos grupos, consecuencia probable de la observación de los problemas derivados de un exceso de endogamia, y que se realizaba (y aún se realiza) mediante grandes reuniones periódicas de varios grupos o, incluso, menos diplomáticamente, por medio del secuestro (más o menos ritualizado) de muchachas por los jóvenes de otros grupos. Desde luego que, dada la inmensidad del territorio disponible, es muy posible que algunos grupos hayan permanecido aislados durante mucho tiempo, como se ha documentado en Java y, últimamente, en Australia (Thorne y Wolpoff, 1992) que, a la luz de las precoces capacidades "marineras" de sus posibles pobladores, fue colonizada, con toda seguridad, mucho antes de lo que generalmente se cree. Una colonización consciente y llevada a cabo por una "especie" muy polimórfica y ampliamente distribuida, casi como la Humanidad actual.

EL ORIGEN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: ¿GENOCIDIO O MESTIZAJE?

Los indicios más antiguos (por el momento) de la presencia humana en España datan de entre 1,6 y 0,9 millones de años. El yacimiento de Orce en Venta Micena (Granada) arrojó una calota (parte superior del cráneo)

que se describió como de un individuo infantil y que fue objeto de una vergonzosa polémica entre especialistas, algunos de los cuales ridiculizaron a sus descubridores (Martínez-Navarro y cols., 1997), al afirmar que se trataba de un cráneo de asno. Lo cierto es que, aunque el fragmento craneal no presenta caracteres anatómicos que resulten claramente significativos (aunque, finalmente, parece haber sido aceptado como humano), la presencia del hombre en España pudo ser tan antigua como entre 1,6 y 1,4 millones de años, como atestiguan los restos de cultura oldovaica dispersos por yacimientos del Sur y Este peninsular.

Pero, sin duda, el yacimiento más informativo es el espectacular (y probablemente único en el Mundo) sitio de Atapuerca. Su historia paleontológica es antigua, pero la más fecunda comienza en 1976 con el "redescubrimiento" de la "Sima de los huesos" por el ingeniero de minas Trinidad Torres, que encontró restos humanos cuando buscaba fósiles de osos para su tesis doctoral. Su director de tesis era el paleontólogo Emiliano Aguirre, que dirigió la excavación sistemática llevada a cabo por José María Bermúdez de Castro y Juan Luis Arsuaga. Pero quizás sea más informativo comentar los hallazgos por su cronología paleontológica. La disposición geográfica de la Sierra de Atapuerca nos puede ofrecer un indicio de la visión estratégica de sus (sin duda, abundantes) pobladores a lo largo del tiempo. Es una colina que se extiende de Noroeste a Sudoeste en el valle del río Arlanzón, en la provincia de Burgos. Desde ella se domina la salida del Corredor de la Bureba, el valle que conecta las cuencas del Duero y el Ebro, un punto de paso obligado entre el Norte y el Sur, bañado por el río Arlanzón y que siempre ha mantenido una gran riqueza de fauna y flora. La naturaleza caliza de la sierra ha posibilitado que la erosión del agua haya excavado en ella numerosas cuevas (complejos kársticos), a veces enormes, que desde hace más de un millón de años ofrecían magníficos refugios. Aunque la extensión del yacimiento es enorme y, probablemente, nos depare todavía mayores sorpresas, los restos humanos más antiguos (más de 780.000 años) y completos encontrados hasta la fecha aparecieron en "la trinchera del ferrocarril". Pertenecen a un individuo juvenil, probablemente no mayor de catorce años. Son un fragmento de hueso frontal con el inicio de la cara, dientes

y un trozo de mandíbula con el tercer molar sin salir. Además han aparecido 36 fragmentos de huesos pertenecientes a unos seis individuos y más de 100 piezas de herramientas líticas de tipo oldovaico. La morfología del fragmento de cara (de aspecto "moderno") asociada a un frontal prominente llevó a los descubridores a atribuir al resto la condición de nueva especie de "homínido": Homo antecessor, situándole en el punto exacto de la bifurcación entre el linaje humano actual y el (supuesto) callejón sin salida evolutiva representado por los Neandertales. Aunque tal propuesta no ha sido aceptada por diversos especialistas sobre la base de que, según la más estricta ortodoxia paleontológica, no se puede crear una "nueva especie humana" a partir de un individuo juvenil que no ha finalizado el crecimiento, cabe suponer que los recientes hallazgos de Homo erectus en África y los Homo de Dmanisi, y el reconocimiento de su gran polimorfismo y amplia distribución, habrá zanjado la polémica.

Pero, quizás, la interpretación más merecedora de una (humilde) reconvención porque es la que más resonancia ha obtenido de este hallazgo, (y no sólo por causa de las típicas exageraciones periodísticas, sino por el énfasis puesto en ello por los investigadores), es la calificación de "caníbales" con que se ha publicitado el hallazgo: La mezcla de fragmentos humanos con herramientas de piedra, junto con que en , al menos, en dos falanges y en un fragmento de cráneo se hayan encontrado marcas que indican una descarnación, les ha llevado a la conclusión de que los primeros europeos eran caníbales, llegando a afirmar que para ellos la diferencia entre un cadáver de ciervo y otro humano no existía aún (Atapuerca. Página web, UCM). Si tenemos en cuenta que la diferencia entre un cadáver de la propia especie y de otra existe para un buen número de mamíferos (y probablemente, en otros taxones), esto equivaldría a atribuir a estos hombres la condición, no ya de "prehumano", sino de "premamífero". Teniendo en consideración el amplio eco social que han adquirido estos hallazgos, que han descubierto para muchos ciudadanos el hecho de la evolución humana, no parece éste el mensaje más adecuado para transmitir. Desconocemos las circunstancias o los motivos que llevaron a ello (desde luego, como en cualquier depredador, no sería un modo preferente de alimentarse), ni si

era algo frecuente o si podría tener algún otro sentido que no fuera el gastronómico. No puede caracterizarse a todo un grupo por un hecho que puede ser ocasional o producido en circunstancias dramáticas (como no se puede extrapolar a una nacionalidad los hechos derivados de un accidente aéreo o de un naufragio). Tampoco podemos calificar o juzgar a estos hombres basándonos en nuestras actuales creencias o principios. Lo cierto es que vivieron en condiciones, a veces muy duras, que imponían las glaciaciones que en aquella época cubrieron de hielo gran parte de Europa (con sólo que los inviernos fueran tan duros como lo son en la actualidad, se puede tener una idea), y su simple supervivencia indica una gran capacidad cultural para hacer frente a un clima muy adverso, a pesar de que el organismo humano sólo está naturalmente capacitado para la vida en zonas cálidas (sólo podemos sobrevivir en zonas frías gracias al recurso de vestuario, refugios y alguna fuente de calor).

La continuidad de la ocupación de Atapuerca por el hombre está representada (por el momento) por los yacimientos de "La Sima de los huesos", junto con otros contemporáneos de "La Trinchera" asociados con industria lítica de tipo Acheulense y datados en torno a los 400.000 años. En la Sima se han encontrado un número mínimo de treinta y dos individuos, hombres y mujeres de diversas edades, pero que no parecen representar la distribución de edades de una banda completa. Eran individuos muy corpulentos y la morfología de sus cráneos presentaba características que se encontrarán, más acentuadas, en sus sucesores, los Neandertales. Entre la amplia gama de denominaciones específicas atribuidas a restos fragmentarios, a estos se les ha incluido dentro de una "especie" establecida, en este caso, a partir de un solo hueso: Homo heidelbergensis, que corresponde a la mandíbula de Mauer, datada entre 500.000 y 400.000 años. En "La Sima de los huesos" no se han encontrado instrumentos líticos ni restos de herbívoros (presas habituales), lo que indica que no era un lugar de habitación. La hipótesis más admitida y razonable es que la acumulación de estos restos tenga un origen humano (lo que constituiría algún tipo de enterramiento), y que las marcas de mordeduras que presentan más de la mitad de los restos sean debidas a carroñeros posteriores, aunque



La sima de los huesos, Atapuerca. | <https://historia.nationalgeographic.com>

no se puede descartar que sean la causa de su muerte (es decir, muertos por carnívoros) lo que podría justificar, incluso, un enterramiento selectivo.

En lo que respecta a sus sucesores, los Neandertales, sus singulares características morfológicas les han convertido, siempre en función del esquema mental darwinista, en la última "rama lateral" de la evolución humana. Para los paleoantropólogos representantes de la versión "dura" del darwinismo eran una especie de autómatas grotescos si el menor rastro de humanidad. Según Ian Tattersall, del Museo Americano de Historia

Natural, les faltaban las conexiones necesarias en el cerebro para pensar y hablar (desconocemos el origen de su documentación "neurológica"). Para él, un Neandertal representaría la máxima expresión del instinto, es decir, el límite de las cosas que se pueden hacer inconscientemente, automáticamente. Y esta es una concepción que, desgraciadamente, resulta difícil de refutar, porque, más o menos acentuada, es la que se transmite a la sociedad en libros divulgativos, documentales científicos y películas comerciales. Al parecer, es necesaria una justificación argumentada "científicamente" para su extinción (total, sin dejar el menor rastro) ante

el avance de los hombres "más evolucionados".

Sin embargo, lo que parece más próximo a la realidad es que, aunque el estereotipo de los neandertales que ha quedado grabado en el imaginario social como una especie de brutos encorvados y patizambos, se debe a la reconstrucción elaborada, a principios del siglo pasado, por el belga Marcellin Boule sobre los restos de La Chapelle-aux-Saints que pertenecían ¡a un anciano con artrosis!, los neandertales eran individuos con una morfología y un comportamiento absolutamente humanos. (Lo que pone de manifiesto, una vez más, que

son las interpretaciones más sensacionalistas o llamativas las que más profundamente calan en la sociedad). Sus características especiales, su robustez y su cara prominente son, simplemente, una acentuación de las de sus predecesores locales, impulsadas por el aislamiento en unas condiciones climáticas extremas. Durante las glaciaciones precedentes (Günz, Mindel y Riss), los animales y los hombres que vivían en Europa descenderían paulatinamente hacia tierras más meridionales, empujados por el avance de los hielos. Forzosamente, la Península Ibérica se debió convertir muchas veces en centro de confluencia e intercambio genético y cultural de distintos grupos humanos (los lugares privilegiados, como la Sierra de Atapuerca, debieron llegar a ser "el no va más" del cosmopolitismo de la época). Sin embargo, cuando hace unos 140.000 años se comenzó a producir la última gran glaciación, la conocida como Würm, los hombres que habitaban Europa Occidental y Central, que habían conseguido una magnífica adaptación cultural a climas muy fríos, no emigraron, por lo que permanecieron con un alto grado de aislamiento del resto de la Humanidad durante casi 100.000 años. Su supervivencia durante todo este tiempo en unas condiciones ambientales que, aunque en ocasiones (los períodos interestadiales) eran más soportables, en general eran extremadamente rigurosas, implica, forzosamente, un perfecto conocimiento y control del entorno. Su magnífica cultura lítica "Musteriense", elaborada mediante la degradación de nódulos discoidales de sílex de los que extraían lascas a las que daban diferentes formas utilizando percutores blandos era extremadamente eficaz para fabricar punzones, cuchillos, raspadores... hasta sesenta tipos de utensilios diferentes. Eran hábiles curtidores de pieles, como atestiguan los numerosos raspadores, y en cuanto al uso de otros instrumentos, como los de madera, de difícil fosilización, se puede deducir del hecho de que sus antecesores de hace 400.000 años utilizaron unas lanzas de maderas de picea, encontradas fosilizadas en turba en el yacimiento de Binzingsleben (Alemania). Eran tres lanzas perfectamente pulidas y equi-

libradas para ser lanzadas con precisión. Dominaban perfectamente el fuego, lo cual es lógico, porque sin la capacidad de encenderlo (es decir, dependiendo de su conservación a partir de combustiones espontáneas de nafta o de rayos, como muchos sostienen), su larga supervivencia habría sido imposible. De hecho, se han encontrado, por ejemplo, en Pech de l'Azé (Francia), hogares formados por piedras bien colocadas y muy usadas. También en Francia, en la gruta de Lazaret, se ha comprobado que construían tiendas en su interior. Las piedras que sujetaban la base de las tiendas atestiguan que las construían con la entrada en dirección opuesta a la de la cueva, para mejorar la protección. En definitiva, si estas actividades eran "inconscientes" los paleoantropólogos habrán de inventarse el concepto de "inconsciencia inteligente".

Su presencia en la Península Ibérica queda atestiguada por restos como la mandíbula de Bañolas, el reciente hallazgo de la Gruta del Sidrón (Asturias), compuesto, por el momento, por más de 120 fragmentos de, al menos, tres individuos (Rosas y Aguirre, 1999), los indicios de su presencia en Atapuerca, el cráneo de Gibraltar, los restos infantiles de Portugal... pero, sobre todo, por los fósiles de Zafarraya (Málaga) datados en torno a los 30.000 años y considerados como "los últimos neandertales". Porque, según la "versión oficial", los neandertales se extinguieron, arrollados por la superioridad cultural pero, sobre todo, intelectual, del "hombre moderno": Desde el punto de vista de la Historia con mayúsculas podemos decir que sabemos lo que pasó. Los neandertales fueron sustituidos por los humanos modernos. Tal vez hubo casos de mestizaje, pero no se dieron en una cantidad suficiente para que sus genes hayan llegado hasta nosotros. Nada me haría tanta ilusión como llevar en mi sangre una gota siquiera de sangre neandertal, que me conectara con esos poderosos europeos de otro tiempo, pero temo que mi relación con ellos es sólo sentimental (Arsuaga, 1999). Si tenemos en cuenta que, por ejemplo, se ha estimado que compartimos con el ratón el 99% de los genes (Gunter y Dhand, 2002), lo que pone de manifiesto definitivamente que la "información genética" no está sólo en el ADN, y se sabe que compartimos gran cantidad de secuencias con todo el mundo viviente (animal y vegetal), hasta llegar a las bacterias, hay que decir que no

se sabe de donde puede salir el fundamento genético que permite afirmar que "sus genes no han llegado hasta nosotros".

La realidad es que no existen pruebas fiables de esta "sustitución" y, a falta de estas pruebas, intervienen las "firmes convicciones". Los datos de que disponemos son que hace unos 40.000 años comienzan a aparecer en Europa un tipo de herramientas y utensilios denominados genéricamente "Auriñacienses". Asociados a estos aparecen restos humanos con morfología parecida a la "moderna", que han recibido la denominación de "cromañones" por los restos del "viejo" de Cro-Magnon (Francia) datado, por cierto, en unos 25.000 años de antigüedad. Tras un período de unos 10.000 años (resulta difícil de imaginar: 10.000 años) durante el que los vestigios de ambos tipos de morfologías y de culturas se encuentran intercalados por diferentes puntos de Europa, la morfología y la cultura características de los neandertales desaparecen del registro fósil.

Pero, antes de continuar, puede ser conveniente una breve consideración sobre qué es la "morfología moderna" ¿tal vez la parecida a la de los actuales europeos? Porque morfología moderna es la de los esquimales, con las proporciones corporales exactamente iguales a las de los neandertales y la de los esbeltísimos nilóticos o los pequeños bosquimanos y pigmeos. Morfología moderna es la de los "aborígenes" australianos, muchos con su gran "torus supraorbitario" y un acentuado prognatismo, con todo el aspecto, apoyado por la continuidad del registro fósil (Wolpoff y Thorne, 1992), de ser herencia directa de los "marineros" de la isla de Flores...

Estos 10.000 años de más que posible contacto entre diferentes culturas cuentan con interpretaciones muy distintas que, aunque dentro de la inercia explicativa de la ortodoxia darwinista, parecen distinguirse por distintas concepciones de lo que es "inherente a la condición humana" en las que pueden ser detectables ciertos componentes culturales. El inicio de lo que se denomina Paleolítico Superior, asociado (cómo no) con la industria Auriñaciense, caracterizada por láminas de piedra alargadas, como "cuchillos de dorso", el uso de hueso y marfil y dientes de animales para hacer agu-

jas, puntas de azagayas y adornos, se relacionaba con la "irrupción en Europa del "hombre anatómicamente moderno". Sin embargo, una variante de la industria Auriñaciense, caracterizada por utensilios semejantes, la industria Chatelperroniense, ha aparecido asociada a restos indiscutiblemente neandertales, en los yacimientos franceses de Arcy-sur-Cure y Saint Cesaire. Este tipo de industria se ha encontrado distribuido por Francia, norte de España y con variantes, también asociadas con neandertales, en Italia y Europa Central y del Este. La explicación "dura", es decir, más estrictamente darwinista es que los neandertales adquirieron estos utensilios del "hombre moderno", bien mediante la imitación o incluso el robo. Para Richard Klein no se puede hablar de una mente moderna hasta que no aparecen las primeras manifestaciones de adorno personal y de arte (éste último asociado sólo con cromañones). Ian Tattersall lo explica con más datos científicos: La mente humana moderna surgió como todas las grandes novedades biológicas: por evolución, y como decía Darwin, sin intervención divina (que, al parecer, es la única alternativa posible al darwinismo), pero en este caso "de golpe", y en un "hombre moderno". Para Tattersall, las habilidades de los neandertales en la talla de la piedra, aunque sorprendentes, eran algo estereotipadas; muy pocas veces, si alguna, elaboraban instrumentos utilizando otras materias primas. Muchos paleontólogos ponen en cuestión su grado de especialización venatoria.

Sin embargo, hay una forma muy distinta de valorar las capacidades de los neandertales y que, curiosamente (casi sorprendentemente), no se basa en las "firmes creencias", sino en la investigación científica. Francesco d'Errico del Instituto de Prehistoria de Burdeos, João Zilhao del Instituto Arqueológico de Portugal y otros investigadores franceses que han trabajado en el yacimiento de "la Cueva del Reno" de Arcy, han desmontado la teoría de "la recogida": el material de adornos y utensilios óseos de los neandertales estaba rodeado de restos y esquilas que indicaban que habían sido hechos allí mismo (Bahn, 1998)

Pero no importan las pruebas. Los darwinistas "duros" parecen ser "inasequibles al desaliento". Los neandertales debían tener alguna inferioridad, y hay que encon-

trarla aunque se tenga que recurrir a los argumentos más pintorescos. He aquí los de Wesley Niewoehner, de la Universidad de Nuevo México en Albuquerque y comentados así en la revista Nature (Clarke, 2001): Los neandertales, macizos y bien musculados, probablemente tenían unos dedos demasiado gruesos para hacer uso efectivo de tecnología avanzada de la Edad de Piedra o para realizar tareas de destreza como grabar. /.../ Esto da peso a la idea de que los humanos modernos recientes sustituyeron a los neandertales por su superior uso del mismo tipo de herramientas. /.../ Así, aunque los neandertales pudieron probablemente fabricar y usar herramientas complejas, no pudieron hacerlo muy a menudo o muy cuidadosamente, (?) y no fueron capaces de tareas más sofisticadas como grabar o pintar, que fueron desarrolladas por los humanos modernos.

Como no parece que estos despropósitos merezcan un comentario, volvamos a los datos del registro fósil: La cronología de las dos culturas apoyan el carácter autóctono de la Chatelperroniense. Para Anne-Marie Tillier y Dominique Gambier existe un vacío antropológico durante el período Auriñaciense europeo entre hace 40 y 35.000 años o, al menos, un problema para identificar los escasos fósiles disponibles. Pero parece claro que el nacimiento del Chatelperroniense fue anterior al Auriñaciense. En cuanto a la "discontinuidad" morfológica, no parece tan clara. Para Tillier y Gambier (2000) los restos humanos auriñacienses presentan cierta robustez y conservan caracteres "arcaicos" (Porque "el viejo" de Cro-Magnon, no era de morfología estrictamente "moderna"). Por otra parte, los últimos neandertales eran más gráciles que los primeros, de modo que el cráneo de Saint Cesaire tiene más semejanzas con el de un hombre moderno que el neandertal de La Chapelle-aux-Saints, 15.000 años más antiguo... En definitiva, es más que posible que el hombre de Neanderthal no haya sido "sustituido", sino que sus características se habrían diluido, a lo largo de más de 10.000 años de contacto e intercambio, en una población de morfología más grácil muy superior en número. Muy probablemente, "la sangre" de los neandertales continúa entre nosotros.

Las pruebas de "características intermedias" y los indi-

cios de mestizajes se encuentran repartidos en restos fragmentarios por Europa central y del este (Predmost y Brno en Moravia, Vindija en Yugoslavia...) y un discutido ejemplar (por ser infantil) en Portugal, pero mucho más evidentes en fósiles muy abundantes y completos de Oriente próximo, donde los neandertales han coexistido, se han mezclado y compartido cultura, modo de vida y rituales con hombres de aspecto parecido a la morfología "moderna", es decir, de cráneos más redondeados, entre hace 100.000 y 35.000 años. Entre estos, el hallazgo en Kebara (Arensburg y Tillier, 1990) de un enterramiento neandertal de hace 60.000 años, en el que encontró un hueso hioides, de difícil fosilización por su fragilidad, es un indicio tan indiscutible como innecesario, (dadas las pruebas tan antiguas de un comportamiento dirigido por la planificación y la coordinación) de la existencia de un lenguaje articula-

do, porque sobre él se sitúan las cuerdas vocales. Pero ni esta prueba parece ser suficiente. Para Richard Klein (1989) de la Universidad de Chicago, todavía era necesaria una evolución neurológica para llegar a la modernidad completa. Este absurdo dogmatismo que lleva a inventarse unas supuestas "mejoras" progresivas en la organización cerebral de las que no existen las menores pruebas no tiene, en realidad, ningún contenido científico y sí mucho de prejuicio sobre la lógica de la "sustitución" de los menos "aptos" justificada por una supuesta superioridad intelectual, como refleja claramente la frase con que Ian Tattersall (2000) finaliza su argumentación sobre este tema: Aunque los lingüistas le han dedicado muchas horas de especulación, se nos escapa cómo surgió el lenguaje. Pero sabemos que un ser equipado por capacidades simbólicas es un rival extraordinario... □

Las 5 Leyes Biológicas descubiertas por el Dr. Hamer.

MARCO PFISTER | MANUAL DE APLICACIÓN DE LAS CINCO LEYES BIOLÓGICAS

Aclaremos que el modelo de referencia de las 5LB descubierto por el Dr. Hamer es un sistema sobredeterminado, que consta de elementos extremadamente precisos y medibles para evaluar lo que está sucediendo en nuestro organismo y en donde, si conozco un elemento del sistema, puedo deducir y verificar los otros elementos que también son medibles.

No más suposiciones sino hechos medibles y verificables.

Es por eso que el Dr. Hamer habla de "Leyes Biológicas" subyacentes a cada proceso de salud y enfermedad (como en el campo de la física hablamos de, por ejemplo, la "Ley de la Gravedad")¹⁴

Expondremos brevemente las 5 leyes enunciadas por el Dr. Hamer, puntualizando algunos elementos esenciales para la aplicación práctica de estos conocimientos.

Primera Ley

El origen de la llamada "enfermedad" es generado por un shock biológico vivido a partir de un evento inesperado: el **DHS** (Síndrome de Dirk Hamer). A partir del evento desencadenante, dependiendo del tipo de "sentir biológico" habrá un contenido emotivo que corresponde a la percepción personal y única del individuo, lo que activará en nuestro organismo uno o varios Programas Especiales Biológicos y Sensatos (**SBS**).

Básicamente lo que ocurre es que con base al sentir biológico percibido por la persona durante el DHS, se activa un área del cerebro, y un denominado Foco de Hamer (FH), que activa precisamente aquellas funciones orgánicas idóneas para hacer frente al evento inesperado. Estas áreas cerebrales activan funciones fisiológicas especiales específicas de acuerdo a las necesidades de respuesta del organismo a ese evento inesperado.

Los programas especiales SBS están biológicamente adaptados (son sensatos) para hacer frente a cada tipo de evento inesperado, y todos los niveles involucrados, contenido emotivo, área del cerebro (FH), el órgano o tejido innervado dirigido por esta área del cerebro, se mueven de forma sincrónica, al unísono, durante todo el programa SBS.

El diagrama neurovegetativo

Ante un evento inesperado (DHS), entramos en un estado de tensión (simpaticotonía) y nuestro organismo reaccionará inmediatamente, gracias a uno o más programas especiales SBS, produciendo reacciones fisiológicas especiales que permitirán enfrentar sensatamente situaciones inesperadas.

Cuando estamos tranquilos y por ello en un estado normotónico, cada tejido funciona con su fisiología ordinaria o fisiología normal: mis sentidos están funcionando normalmente, veo, siento y percibo las cosas a mi alrededor, respiro libremente, el alimento es transportado a lo largo del tracto gastro-intestinal gracias a la peristalsis intestinal, digerido gracias a la mucosa y las glándulas que producen sus secreciones necesarias, mi aparato músculo-esquelético reacciona a los impulsos para producir el equilibrio y el movimiento, mi piel se regenera continuamente, etc.

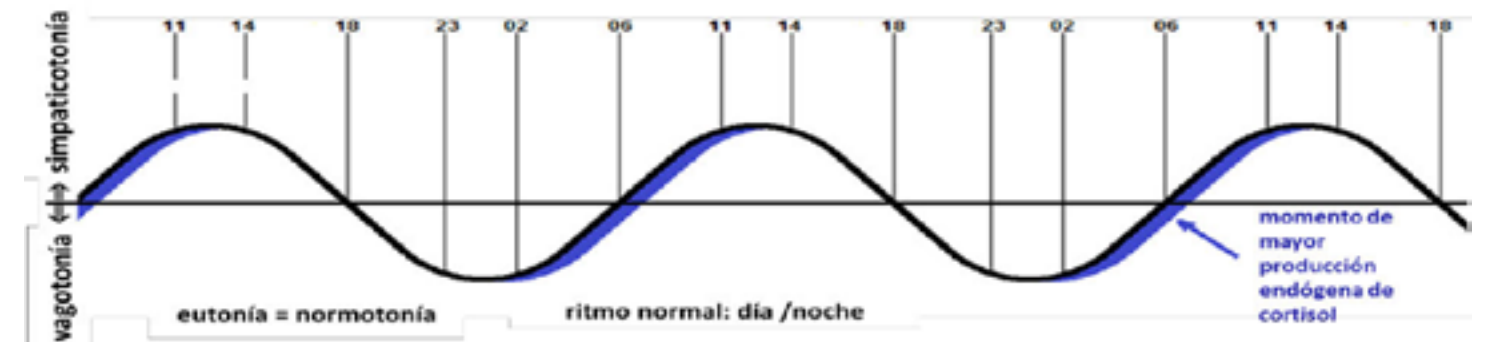
Vamos a comenzar con la explicación del estado normotónico del sistema nervioso autónomo: se trata de un relativo equilibrio neurovegetativo, en el que cuando estamos tranquilos, no particularmente "estresados", ni demasiado "exhaustos": estamos en un equilibrio dinámico = eutonía.

Por lo tanto, cuando estamos tranquilos, nuestra vida está controlada armoniosamente por un ritmo oscilante entre el día y la noche (en un movimiento continuo de peso y contrapeso). Esta regulación interna es la que nos permite estar despiertos durante el día y dormir por la noche, y está dirigida por nuestro sistema nervioso autónomo (sistema neurovegetativo). Se compone básicamente de dos inervaciones: la primera es una rama del tronco simpático (ortosimpático) que hace el efecto de aumentar el ritmo cardíaco y respiratorio, constreñir los vasos sanguíneos y aumentar algunos metabolismos específicos que nos permitan estar despiertos activos y resistentes (simpaticotonía). Cuando la actividad de la inervación simpaticotónica se reduce, se hace cargo la inervación del nervio vago (parasimpático), que produce una relajación general: el ritmo cardio respiratorio se enlentece, los vasos sanguíneos se dilatan, se activan los metabolismos regeneradores, el individuo se siente cansado y puede dormir tranquilo (vagotonía).

Es muy importante comprender que este ritmo alternante es parte de la vida y es absolutamente indispensable, no podríamos vivir siempre estando solo despiertos, activos o solo cansados y dormidos. Sensatamente necesitamos de las dos fases: la fase activa que permite procurarse los alimentos, defender nuestro territorio, procrear, etc., mientras que la fase vagotónica servirá como un momento para el descanso, de reparación o restauración de todos los niveles que se han puesto a prueba durante la fase activa.

La curva normotónica o ritmo eutónica día/noche

En el ritmo normotónico, vemos que la curva de ten-



Esta representación gráfica es un diagrama que muestra cómo se realiza la curva de la tensión neurovegetativa cuando estamos en normotonia (referido a la hora sideral).

sión neurovegetativa aumenta, a partir de las 2--3 de la madrugada, de forma concomitante con el aumento en la producción de nuestra corteza suprarrenal, del cortisol (que es el origen de la cortisona y otras hormonas como el estrógeno y la testosterona).

Alrededor de las 6--7 de la mañana, comenzamos a despertar y a volvernos activos (simpaticotonía). Esta fase de actividad llegará a su máximo alrededor de las 11--12 del día. A partir de las 14--15 hrs, en cambio, la curva lentamente comienza a descender de nuevo, alrededor de las 18--19 hrs entramos en una fase de relajación más evidente (vagotonía) hasta llegar a la máxima relajación a eso de las 23--24 hrs.

La activación simpaticotónica durante los programas SBS

Como hemos visto, a partir del DHS y durante toda la Fase Activa, la reacción biológica e inmediata que nos permite estar listos para dar una respuesta de ataque o de fuga, es la activación de nuestro sistema nervioso autónomo o sistema neurovegetativo, dirigido por el tronco simpático del cerebro.

Se activa inmediatamente, aumentado la inervación simpaticotónica y permitiendo así los cambios de todas las funciones fisiológicas que pondrán al individuo en posición de luchar o eventualmente escapar inmediatamente de una situación de peligro, utilizando una

respuesta biológica adecuada (fisiología especial): una reacción perfectamente sensata para la supervivencia.

Los síntomas típicos del aumento de la tensión simpaticotónica son:

-Liberación inmediata de noradrenalina y aumento en la producción de adrenalina, catecolaminas

-Aumento del ritmo cardio respiratorio

-Constricción de los vasos sanguíneos y aumento de la presión arterial máxima (sistólica)

-Constricción de los vasos capilares, sensación de frío, especialmente en las extremidades (manos, nariz, orejas, pies, etc.)

-Insomnio o alteraciones del sueño

Como podemos observar la curva simpaticotónica es similar a la normotónica, solamente desplazada más hacia arriba (en dirección de la simpaticotonía).

Como resultado en la noche estaremos todavía despiertos hasta tarde, entraremos ligeramente en vagotonía de las 23 a las 02 hrs para luego reactivarnos a un estado de vigilia. Esto produce la desagradable situación en la que, incluso si vamos a la cama temprano, vamos a tener grandes dificultades para conciliar el

sueño, y luego, cuando finalmente nos las arreglamos para dormir, a partir de las 2 de la madrugada, tendremos un sueño extremadamente ligero. También podemos despertar sin volver a dormir. Sólo en la mañana, cuando el cielo comienza a aclarar (¡justo antes de que suene la alarma del reloj para ir a trabajar!), entonces nos quedamos dormidos, exhaustos.

La relajación vagotónica durante los programas SBS

A partir de la solución biológica (CL), en la que sentimos el alivio psíquico de toda la tensión acumulada en la fase activa, nos sentimos más tranquilos pero normalmente sentimos un profundo cansancio y veremos que será en este punto donde se presentarán los síntomas más evidentes y dolorosos.

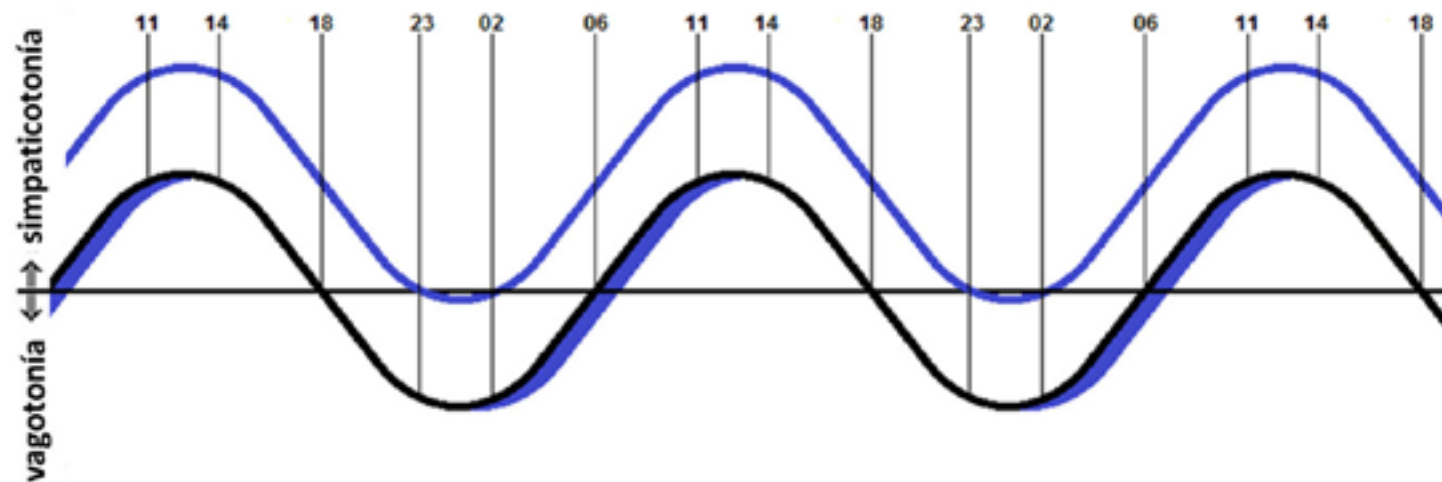
En la segunda fase del programa SBS, que es la de reparación, la naturaleza nos proporciona de hecho las condiciones para movernos menos físicamente (fatiga y dolor) a fin de optimizar nuestros recursos mientras nuestro organismo está reparando los tejidos involucrados.

En esta fase de reparación, uno de los síntomas generales más evidentes es precisamente el profundo cansancio, acompañado de esa sensación de alivio. Esta fuerte caída de tensión se debe a nuestro sistema nervioso autónomo.

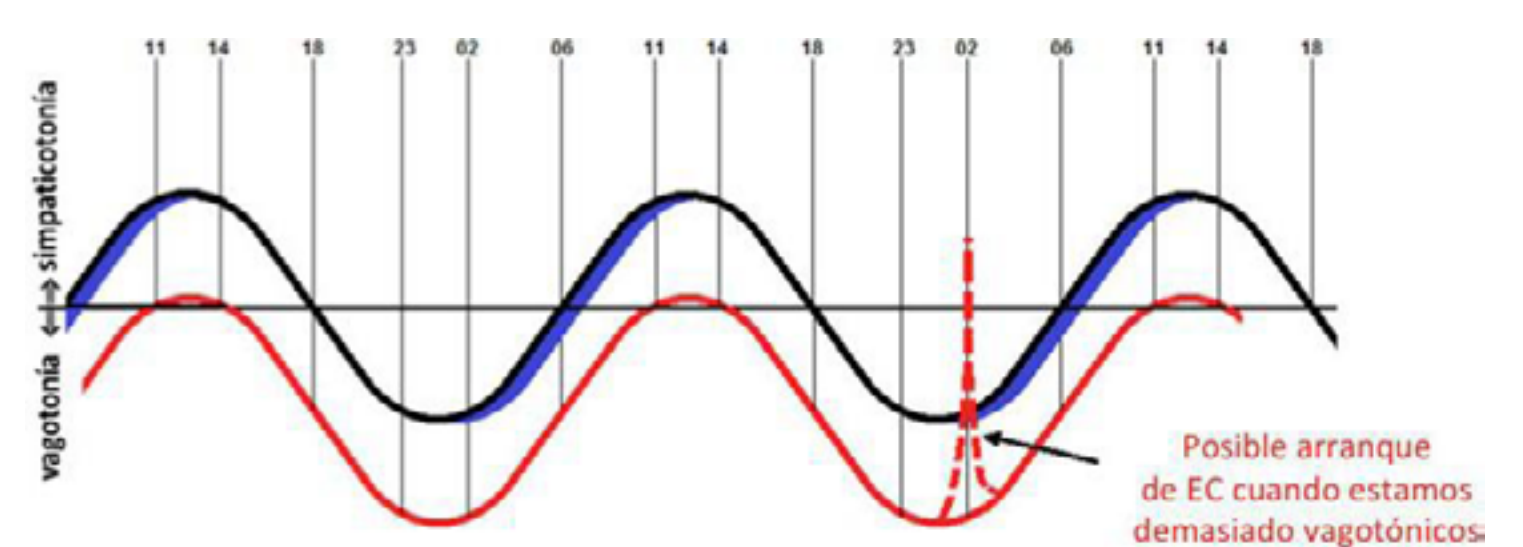
A diferencia de la fase activa en la que teníamos que estar siempre alerta para resolver nuestra situación conflictual, por lo que tuvimos dificultades para relajarnos y no pudimos dormir bien, ahora por el contrario, después de la CL, la curva neurovegetativa se reduce constantemente por debajo de la línea (vagotonía permanente) y nos sentimos tan cansados, que si no fuera por los síntomas dolorosos e incómodos debidos a los procesos de reparación edematosa, dormiríamos todo el día. Esto también tiene sentido ya que el propósito es darle tiempo al cuerpo de repararse. Esta representación gráfica es un diagrama que muestra cómo se desarrolla la curva de tensión neurovegetativa cuando estamos en vagotonía fuerte (línea roja).

Como podemos observar, la curva neurovegetativa de la vagotonía es similar a la de la normotonía, solamente desplazada más hacia abajo (dirección vagotónica). En la fase PclA cuando estoy fuertemente en vagotonía, voy a tener dificultades incluso para levantarme en la mañana. Estaré un poco más activo desde las 11 hasta las 14 hrs para luego entrar gradualmente de nuevo en la fuerte vagotonía.

Así que alrededor de las 19--20 hrs terminaré haciendo un micro sueño, pero me será difícil dormirme verdaderamente después de las 18 hrs, siendo la vagotonía siempre más fuerte, todo me dolerá más, la fiebre va a ser ahora más alta y las náuseas más fuertes. Sólo después de las 2 de la madrugada, cuando mi producción de cortisol reanude su funcionamiento, podré encontrar un sueño reparador.



Esta representación gráfica es un diagrama que muestra cómo se desarrolla la curva de la tensión neurovegetativa cuando estamos en fuerte simpaticotonía (línea azul).



Posible arranque de EC cuando estamos demasiado vagotónicos

Por esto el mejor momento para dormir será de las 2 a las 11 hrs, que es cuando el cortisol reducirá un poco los efectos de la vagotonía.

Segunda Ley

Si ahora volvemos a nuestro diagrama neurovegetativo, podemos observar que cada programa especial SBS es **bifásico** (siempre y cuando se llegue a una solución biológica). Una vez iniciado, puede desarrollarse básicamente en dos fases diferentes.

Después de la Normotonía, a partir del DHS, entramos entonces en la fase de respuesta simpaticotónica o **fase activa (FA)** que permite afrontar el evento inesperado.

Sin embargo, cuando la situación o el estado emotivo que estuvieron presentes durante el DHS se resuelven (CL), entramos en la fase vagotónica de reparación o **fase Pcl**: fase "Post--conflictolisis".

Definiremos el diagrama de la curva "monocíclica"18 cuando el programa individual SBS presenta un único DHS (o re--activación) y una única CL (solución biológica). Tendremos así dos fases principales, la fase activa (FA) donde rara vez hay síntomas y la fase vagotónica (Pcl), donde se manifiestan la mayor parte de los síntomas (me doy cuenta de que estoy enfermo).

La epicrisis (EC) o crisis epileptoide: el punto de inflexión hacia la normalización

La mayoría de los síntomas agudos son atribuibles a la llamada epicrisis (EC), es este momento particular de cambio de curso del programa SBS, el que marca el fin de la fase PclA y el inicio de la fase PclB.

Cuando los edemas cerebrales19 se han expandido al máximo, incluso el relé cerebral que se está reparando (Foco de Hamer) estará al máximo de expansión (edematosa). Esa área cerebral dilatada del edema de reparación, en la cúspide de la fase PclA, produce después una fuerte contracción, como un espasmo que repercute en todo el organismo. El cerebro opera con un cambio de dirección. Este proceso es necesario para "expulsar" el edema y después permitir el retorno gra-

dual a la normalidad, se llama epicrisis (EC) o crisis epileptoide.

Y debido a que los procesos de los varios elementos son siempre sincrónicos uno con otro, durante la EC todos los niveles, emotivo, neurovegetativo, cerebral y orgánico participan al mismo tiempo en este momento de exacerbación simpaticotónica.

Lo que sucede en esta fase en particular, es que se repiten los mismos síntomas (emotivos y orgánicos) que se manifestaron durante la fase activa pero con una intensidad muy exasperada.

El pico simpaticotónico durante la EC

Como el nivel emotivo y el neurovegetativo se mueven en modo sincrónico, entonces podemos observar que durante la EC habrá una exasperación de la curva simpaticotónica mucho más fuerte que durante la fase activa del programa SBS.

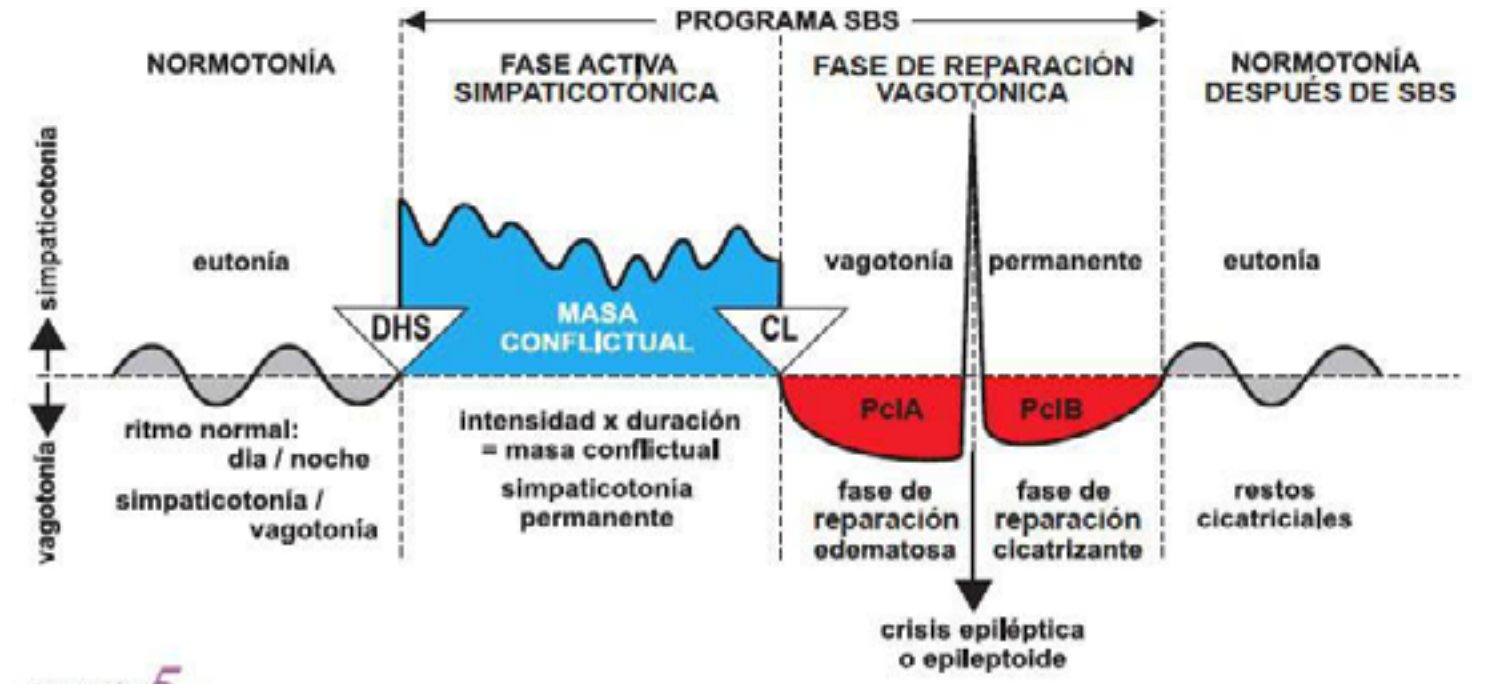
Y es precisamente al final de la fase PclA, cuando estamos más relajados (vagitónicos), que se presenta la EC como un estímulo para volver a la normotonía. Es como si todo el organismo se diese un impulso para volver a la normalidad.

La respuesta orgánica durante la EC

Veremos que a nivel orgánico, durante la EC, podemos observar diversos síntomas, dependiendo de qué área del cerebro (FH) esté involucrada.

Cada relé cerebral dirige un tejido y una parte orgánica bien precisa. Cuando el FH hinchado (edema) se contrae violentamente durante la EC, también el tejido orgánico dirigido por ese relé reaccionará en consecuencia.

Esto implica que en base a los síntomas agudos encontrados, sabremos también qué área cerebral está involucrada y qué tejido está reaccionando. Por el contrario, sabiendo qué FH está en solución, también podremos predecir cuáles serán los síntomas que pueden presentarse durante la EC.



Como se describió anteriormente, el agua retenida por los túbulos colectores renales durante el "conflicto del prófugo", irá por todo el cuerpo, pero prioritariamente por las áreas que en ese momento se están reparando. En consecuencia se hincharán aún más las áreas cerebrales que en aquel momento se encuentren en fase PclA y que por consiguiente, para generar el cambio de dirección hacia la normalización, necesitaremos de un espasmo, una contracción de intensidad mucho más fuerte.

Durante la EC, a causa de esta intensidad exasperada, habrán sincrónicamente patologías mucho más importantes.

Nota: La intensidad de la reacción orgánica durante la EC dependerá por un lado de la masa conflictual (cuanto más fuerte sea la intensidad y la duración de la fase activa, mayor será la sintomatología durante la EC), y por el otro, principalmente de la retención hídrica (cuanto más se expanda el edema del FH en solución,

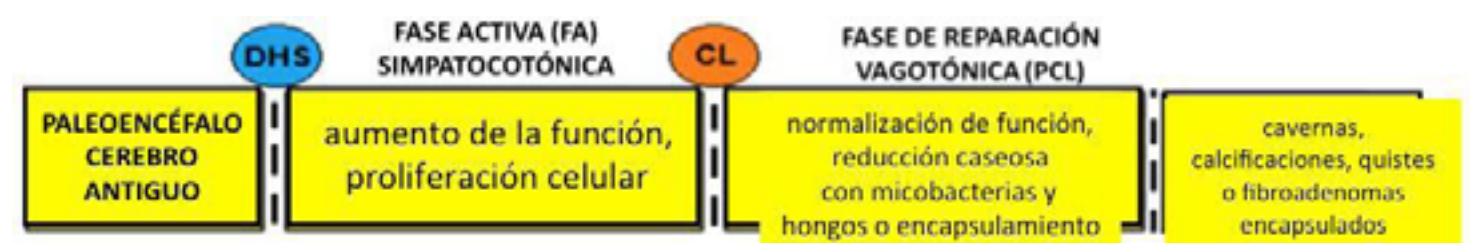
mayor será el espasmo necesario para "exprimir" dicho edema).

Tercera Ley: "Hay crecimiento y crecimiento"

Como veremos en detalle más adelante (y en el segundo volumen), es precisamente esta 3ª Ley la que permitirá clasificar inmediatamente y con extrema precisión cada uno de los síntomas orgánicos.

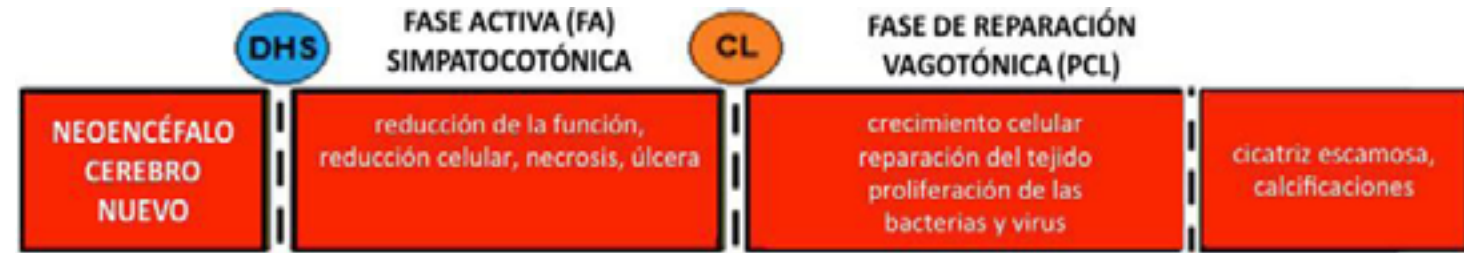
Gracias a esta comprensión podremos observar que a nivel orgánico hay dos posibles respuestas completamente diferentes, dependiendo del área del cerebro en la que se ha activado el correspondiente relé (FH) después de un evento inesperado (DHS o reactivación).

Si el relé cerebral activo (FH) se encuentra en el paleoencéfalo (tronco encefálico y cerebelo) habrá un aumento de funciones y crecimiento celular en la primera fase, fase activa, del programa SBS mientras que en la segunda fase, fase de reparación del SBS, habrá enquis-



tamiento o reducción caseosa del tejido que creció de más.

Por el contrario, si el relé cerebral activo se encuentra en el neocéfaloz3 (corteza y sustancia blanca) habrá reducción funcional y reducción celular en la primera fase (activa) del programa SBS, mientras podremos observar el crecimiento celular únicamente en la segunda fase (de reparación) del SBS.



Será esencial entender que no todos los tejidos se comportan del mismo modo y que por lo tanto: hay crecimientos (paleocéfaloz: fase activa) y crecimientos (neocéfaloz: fase de reparación).

Nota: estas variaciones sensatas de funciones y crecimiento o necrosis tisular, por desgracia, se consideran en medicina generalmente como “funcionamiento patológico”, es decir, “enfermo”, “erróneo” e incluso “maligno”.

Nosotros por el contrario hablaremos de fisiología normal (u ordinaria) y de fisiología especial (o extraordinaria) que permite a nuestro organismo lidiar con sentido (bio – lógicamente) con los acontecimientos y las situaciones que se nos presentan de manera inesperada y por lo tanto no pueden ser gestionados y coordinados a tiempo por nuestra mente (psico--lógica--mente).

Cuarta Ley: los microbios son nuestros simbios.

De acuerdo a los descubrimientos del Dr. Hamer los microbios encuentran una nueva posición a la luz de la 5LB. Los microbios no son la causa de la “enfermedad”, sino más bien son concomitantes a los diversos programas SBS, están presentes y participan del desarrollo de los mismos.

Como veremos, son útiles en las diferentes fases específicas, ya sea con el fin de optimizar una reparación tisular o para permitir la reducción y la remoción por necrosis caseosa del tejido en exceso, que ya no sirve más. ¡Así que no son nuestros enemigos sino más bien nuestros simbios!

Podemos entonces observar las diferentes correlaciones entre los tipos de microbios y los diversos tejidos

originales:

Los virus, si es que existen... (Atención: ¡no tenemos evidencia científica para evaluar su acción real en el organismo!) Se activan eventualmente solo en la fase de solución (Pcl), durante la reparación de las úlceras de los tejidos derivados del ectodermo (dirigido por la corteza cerebral).

Las bacterias proliferan y se activan solo en la fase Pcl, con el fin de apoyar y optimizar la reparación de las necrosis de los órganos derivados del mesodermo del neocéfaloz (dirigido por la denominada sustancia blanca).

Las bacterias ácido--resistentes o micobacterias y hongos, proliferan a partir del DHS pero se vuelven activas exclusivamente en la fase Pcl para reducir por necrosis caseosa los tumores de los órganos derivados del mesodermo antiguo (dirigido por el cerebelo) o los derivados del endodermo (dirigido por el tronco cerebral).

Nota: en realidad el cuerpo humano es un zoológico ambulante, con una variedad y una cantidad de microorganismos inimaginables. ¡Esto es lo que ha surgido como resultado de un reciente proyecto de investigación que ha llevado al mapeo del zoológico presente

en el cuerpo de los seres humanos “sanos”!

¡Se encontró un microbioma compuesto por más de 10,000 especies de microorganismos presentes en una relación de 10 por cada célula humana y con un patrimonio genético de cerca de 8,000,000 (8 millones) de genes en comparación con los 22,000 (22 mil) genes humanos censados por el proyecto del genoma humano!

¡Son, por tanto, parte integral de nuestro “hábitat” normal y son indispensables para nuestra supervivencia!

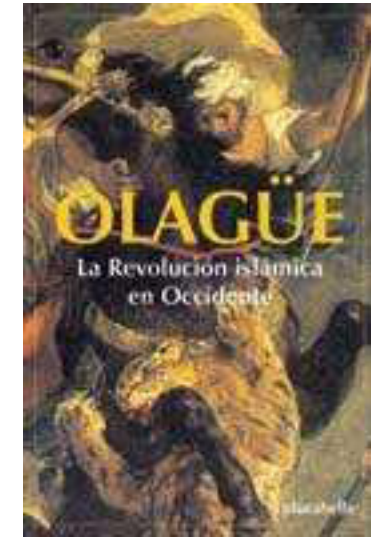
¡Lejos de ser bacterias y microorganismos villanos que nos intentan infectar y enfermar en todos los sentidos! Cada cuerpo humano es una inmensa cooperativa de pequeños animalitos que viven en simbiosis con el organismo en el que están presentes, contribuyendo a su propia supervivencia.

Quinta Ley o “quinta esencia”

La quinta esencia de toda la comprensión de la evolución de millones de años de vida, es el entendimiento de que los programas especiales SBS, son los que nos permiten modular la fisiología (activando la fisiologías especiales útiles para hacer frente a las situaciones que se nos presentan inesperadamente en la vida), son absolutamente necesarios, sensatos y útiles para la supervivencia del individuo y de la especie.

Podemos observar que nuestros programas biológicos ordinarios y especiales se programaron durante nuestra larga historia evolutiva (filogénesis) para apoyar la supervivencia y la evolución de la especie. Por esta razón todo lo que vive en la naturaleza, cada órgano y cada célula tiene su función específica y cada elemento es valioso para el mantenimiento del equilibrio.

El concepto de “maligno” o “benigno” (de mero origen religioso y acientífico) tan apreciado por la medicina convencional como por todas las medicinas no convencionales, ya no podrá subsistir en un modelo de ciencias naturales serio y científico basado en la evidencia.



A fines del siglo pasado empezaron arqueólogos españoles a restaurar iglesias que habían sido construidas en tiempos de los visigodos. Una de ellas, dedicada a San Juan Bautista y situada en Baños de Cerrato (Venta de Baños), había sido edificada por Recesvinto en 661, de acuerdo

con una inscripción colocada en el transepto, frente a la nave principal. El hecho era indiscutible. La fecha de su construcción muy anterior a la pretendida invasión de 711, y sin embargo poseía esta iglesia soberbios arcos de herradura. Pronto se los encontró por toda la península, algunos tan bellos como los cordobeses y... no eran musulmanes. Se han hallado hasta en Francia, orillas del Loire, que de acuerdo con la tradición jamás alcanzaron los árabes. En fin, se averiguaba en nuestros días que habían existido arcos de herradura en fechas anteriores a nuestra era cristiana. De tal suerte que se podía establecer el proceso de su evolución desde aquellos tiempos remotos hasta su magna florescencia bajo los califas cordobeses.

Uno de los mitos de la historia occidental se venía abajo. El arco de herradura, cuyas curvas inverosímiles habían permitido las más extraordinarias extravagancias, no había sido traído de Oriente por los árabes invasores.

Más aún. A medida que se incrementaban los estudios emprendidos sobre el arte de la civilización árabe, se percibía que los principios arquitectónicos empleados en la construcción de la Mezquita de Córdoba escasas relaciones tenían con el Asia lejana. Así como el arco de herradura, aparecía que estas técnicas antaño estimadas por extranjeras pertenecían a la tradición local, ibérica, romana y visigoda.

Extracto del prólogo de “LA REVOLUCIÓN ISLÁMICA EN OCCIDENTE”. Ignacio Olague



Historia de la psiquiatría: Del gran encierro de Foucault a un Gulag químico.

Alice Miller | <https://biopsiquiatria.wordpress.com>



Aristóteles decía que para obtener un conocimiento verdaderamente profundo sobre algo es necesario conocer su historia. Para entender lo que le sucedió al huérfano John Bell (el testimonio de Bell aparece en otro capítulo de este e-book) es necesario saber cómo fue que surgió la profesión que lo revictimó. Las siguientes ideas sobre cómo surgió la profesión psiquiátrica provienen de Historia de la locura de Michel Foucault, a quien seguiré de cerca en muchas de sus frases. En Inglaterra, trescientos años antes de que naciera John Bell apareció el folleto *Grievous groan of the poor* (Atroces gemidos de los pobres), en el que se proponía que a los indigentes “se les destierre y traslade a las tierras recientemente descubiertas de las Indias orientales”. Desde el siglo XIII existía el famoso Bedlam para lunáticos en Londres, pero en el siglo XVI sólo albergaba a veinte reclusos. En el siglo XVII, cuando apareció el folleto para desterrar a los pobres, ya había más de cien prisioneros en el Bedlam. En 1630 el rey Charles I convocó a una comisión para enfrentar el problema de la pobreza y la comisión decretó la persecución política de vagabundos, mendigos “y de todos aquellos que vivan en la ociosidad y que no deseen trabajar por salarios razonables”. [1] En el siglo XVIII muchos pobres e indigentes fueron llevados a correccionales y a casas de confinamiento en las ciudades donde la industrialización había marginado a parte de la población.

También se fundaron cárceles para los pobres en la

Europa continental. El espíritu del siglo XVII era poner orden en el mundo y, al erradicarse la lepra, las leproserías medievales que habían quedado vacías fueron llenadas con los nuevos leprosos: los indigentes. Foucault le llama a este período “El Gran Encierro” y hace hincapié en el hecho de que el concepto de enfermedad mental aún no existía.

El aislar al leproso, un verdadero enfermo, había tenido un objetivo higiénico en el medievo. Pero aislar a los indigentes no tenía tal objetivo: era un fenómeno nuevo. 1656 fue un año axial en esta política de limpieza de la basura humana en las calles. El 27 de abril Luis XIV mandó a construir el Hospital General, un lugar que de hospital sólo tenía el nombre: ningún médico lo presidía. El artículo 11 del edicto del rey especificaba a quiénes se encarcelaría: “De todos los sexos, lugares y edades, de cualquier ciudad y nacimiento y en cualquier estado en que se encuentren, válidos o inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables”. [2] Se nombraron a directores vitalicios para dirigir el Hospital General. Su poder absolutista era una calca en miniatura del poder del rey sol, como se lee en los artículos 12 y 13 del edicto:

Tienen todo poder de autoridad, de dirección, de administración, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción sobre todos los pobres de París, tanto dentro como fuera del Hôpital Général. Para ese efecto los directores tendrán estacas y argollas de suplicio, prisiones y mazmorras, en el dicho hospital y lugares que de él dependan, como ellos lo juzguen conveniente, sin que se puedan apelar las ordenanzas que serán redactadas por los directores para el interior de dicho hospital. [3]

El objetivo de estas medidas draconianas era suprimir a la mendicidad por decreto. A pocos años de su fundación el Hospital General albergaba al uno por ciento de la población de París. Había miles de mujeres y niños

en la Salpêtrière, en la Bicêtre y en los demás edificios de un “Hospital” que no era hospital sino una entidad administrativa que, paralelamente a los poderes reales y de la policía, reprimía y custodiaba a los marginados.

El 16 de junio de 1676 otro edicto real establece la fundación de hospitales generales en cada ciudad del reino. Por toda Francia se abren este tipo de prisiones y, cien años después, en las vísperas de la Revolución, existían en treinta y dos ciudades provincianas. El archipiélago de cárceles para los pobres cubrió a Europa. En los Hôpitaux Généraux de Francia, las Workhouses de Inglaterra y las Zuchthäusern de Alemania se encarcelaba a muchachos jóvenes que tenían conflictos con sus padres; a vagabundos, borrachos, impúdicos y a los “insensatos”. Estas cárceles no se distinguían de las cárceles comunes. En el siglo XVIII un inglés se extrañaba de una de las prisiones comunes “en que se encierra a los idiotas y los insensatos porque no se sabe dónde confinarlos aparte”. [4] Los llamados alienados se confundían con los indigentes y a veces era imposible distinguir uno del otro.

En la Edad Media el pecado capital fue la soberbia. Al florecer la banca durante el Renacimiento se decía que la avaricia era el mayor pecado. Pero en el siglo XVII, cuando se impone la ética del trabajo no sólo en los países protestantes sino en los católicos, la pereza — en realidad: el desempleo — fue el más notorio de los pecados. Una ciudad donde se proyectaba que cada individuo fuera un engranaje de la máquina social era el gran sueño burgués. Dentro de este sueño los grupos que no se integraran a la maquinaria estaban destinados a cargar un estigma. Los hombres del siglo XVII habían sustituido a la lepra medieval por la indigencia como el nuevo grupo de exclusión. Es en este marco ideológico de la indigencia considerada vicio donde va a aparecer el gran concepto de locura en los siglos XVIII y XIX. Por vez primera en la historia la locura sería juzgada con la vara de la ética del trabajo. Un mundo donde rige esta ética rechaza todas las formas de inutilidad. Quien no puede ganarse el pan transgrede los límites del orden burgués. Aquél o aquélla que no puede integrarse al grupo debe ser un enajenado o una enajenada.

El edicto de creación del Hospital General es muy claro a este respecto: considera a “la mendicidad y la ociosidad como fuentes de todos los desórdenes”. [5] Es muy significativo que “desorden” siga siendo la palabra que usan los psiquiatras. El mismo manual DSM se lee en inglés *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* y hay psiquiatras que traducen esta última palabra como “desorden” en lugar de “trastorno”. Como el siglo XVII marca la línea en que se decidió encerrar a un grupo de seres humanos, sería erróneo creer que la locura esperó pacientemente por siglos hasta que algunos científicos la descubrieron y se encargaron de ella. Asimismo, sería erróneo creer que hubo una mutación espontánea en la que los pobres, inexplicable y súbitamente, enloquecieron.

Encarcelar a las víctimas de la ciudad fue un fenómeno de dimensiones europeas. Una vez consumado el Gran Encierro del que habla Foucault, los censos de la época sobre los prisioneros que no habían roto la ley dieron cuenta del tipo de gente que eran: ancianos que no podían cuidarse por sí mismos, epilépticos repudiados por sus familias, gente deforme, gente con enfermedades venéreas e incluso prisioneros por cartas del rey. Este fue el procedimiento de encierro más difundido desde los 1690, y los peticionarios de la *lettre de cachet* eran los familiares o los parientes más próximos de quien se encarcelaba. El caso más sonado de encarcelamiento en la Bastilla por *lettre de cachet* fue el de Voltaire. Hubo casos de insensatas o “muchachas incorregibles” que fueron internadas. “Insensato” era una etiqueta que correspondería más o menos a lo que en el siglo XIX se llamaría “insanía moral” y que actualmente equivale al opositorismo adolescente o “negativismo desafiante” del DSM. Quisiera ejemplificarlo con un solo caso del siglo XVIII:

Una mujer de dieciséis años cuyo marido se llama Beaudoin publica abiertamente que jamás amaré a su marido, que no hay ley que se lo ordene, que cada quien es libre de disponer de su corazón y de su cuerpo como le plazca, y que es una especie de crimen dar el uno sin el otro. [6]

Aunque la mujer de Beaudoin era considerada insensata o loca, las etiquetas de entonces para encarcelar

no tenían connotación médica alguna. Las conductas se percibían bajo otro cielo, y el encierro era un asunto arreglado entre las familias y la autoridad jurídica sin injerencia médica. Se encerraba al “mendaz”, “ocioso”, “depravado”, “hechicero”, “imbécil”, “pródigo”, “impedido”, “alquimista”, “desequilibrado”, “venéreo”, “libertino”, “disipador”, “blasfemo”, “hijo ingrato”, “padre disipado”, “prostituída” y al “insensato”. En los registros puede leerse que las fórmulas de internamiento también decían cosas como “hombre muy malvado y tramposo” o “alegador empedernido”. Francia tuvo que esperar hasta 1785 para que una orden médica interviniera en el encierro de toda esta gente: práctica que posteriormente cobró forma con Pinel. Como dije, del apartarse de la norma social surgiría el gran tema de la locura en el siglo XIX, como veremos al hablar de Tocqueville y John Stuart Mill al final de este libro. Es a partir de aquí de donde debemos entender la ulterior clasificación de Kraepelin, Bleuler y del DSM de los siglos XX y XXI.

En nuestro siglo hay siquiátras que dicen abiertamente que “el suicidio es un desorden cerebral”: un pronunciamiento descaradamente pseudocientífico. En el siglo XVII el “homicida de sí mismo” era un criminal “lesa majestad divina” y en los registros de internamiento de suicidas que fallaron en cumplir sus objetivos se lee: “ha querido deshacerse”. Es a ellos a quienes se les aplicaron por vez primera los instrumentos de tortura que luego usarían los siquiátras del siglo XIX: jaulas con tapa abierta para la cabeza y armarios que encerraban al sujeto hasta el cuello. La transformación de un juicio abiertamente religioso (“crimen lesa majestad divina”) al reino de la medicina (“desorden cerebral”) fue paulatina. Lo que ahora se considera enfermedad biomédica en los siglos XVII y XVIII se entendía como conducta extravagante, impía o que ponía en peligro el prestigio de una familia.

En el siglo XVII por primera vez en la historia se obliga a vivir bajo un mismo techo a personas muy distintas entre sí. Ninguna de las culturas anteriores había hecho algo parecido ni habían visto similitudes entre ese tipo de gente (venéreos, insensatos, blasfemos, hijos ingratos, hechiceros, prostituídas, etcétera). Que detrás del encierro había un juicio moralista se descubre en el

hecho que se encerraba a quienes padecían enfermedades venéreas, el gran mal de la época, sólo si contrajeron la enfermedad fuera del matrimonio. Las mujeres a quienes las infectaba el marido no corrían riesgo de ser llevadas al Hospital General de París. Asimismo, los homosexuales, llamados peyorativamente sodomitas, fueron encerrados en los hospitales o casas de detención. De hecho, cualquier individuo que causara un escándalo público era reo de detención y encierro. La familia, y más específicamente la familia burguesa con sus exigencias de guardar las apariencias, se convirtió en la regla que definió el encierro de algunos de sus miembros. Este fue el momento en que se pactarían las oscuras alianzas entre padres y siquiátras que darían luz a la profesión del doctor Amara. La siquiátria tendría un fácil parto con la gestación del par de siglos que transcurren desde el Gran Encierro del XVII. Los orígenes de la siquiátria pueden rastrearse a ese siglo de intolerancia.



El encierro de la gente que no rompía la ley continuó a lo largo del siglo XVIII, y a finales del siglo las casas de internamiento estaban llenas de “blasfemos”. La Inquisición medieval había tenido fuerza en el sur de Francia, pero una vez abolida la sociedad encontró una manera legal de controlar a los individuos que se salían de línea. Es conocido el caso de un hombre en Saint-Lazare que fue encerrado por no querer arrodillarse en los momentos más solemnes de la misa. Esta estrategia también fue practicada un siglo antes. En el siglo XVII los incrédulos fueron considerados “libertinos”. Bonaventure Forcroy escribió una biografía de Apolonio de Tiana, un contemporáneo de Jesús a quien se le adjudicaron milagros, y mostró con este paradigma que las

historias evangélicas también podían haber sido ficticias. Forcroy fue acusado de “libertinaje” y encerrado en Saint-Lazare.

El encarcelamiento de los parias e indeseables fue un acontecimiento cultural que puede rastrearse a un momento específico en la larga historia de intolerancia de la Europa posrenacentista y posreformista. Los valores del hombre occidental fueron moldeados en los siglos XVII y XVIII, los cuales continúan determinando la manera como vemos el mundo.

Hasta aquí he citado y parafraseado a Foucault.

A FINALES del siglo XVIII no existía la siquiátria como especialidad médica. La palabra “siquiátria” la acuñó Johann Reil en 1808. La nueva profesión dio por cierto un postulado que tenía raíces en la medicina de la Grecia antigua. Un postulado es una proposición que se admite sin pruebas. El postulado plataforma de la nueva profesión es suponer el origen orgánico de las perturbaciones psíquicas. Este postulado elevado a axioma e incluso a dogma evitó que se introdujera la subjetividad en el estudio de las perturbaciones mentales.

Como vimos al hablar de John Modrow, la realidad es lo diametralmente opuesto. Sólo introduciendo la subjetividad de un alma en pena, y rechazando la hipótesis orgánica, es posible entender qué diablos sucede en los adentros de quienes se trastornan. La objetividad en cuestiones del mundo interno de un sujeto es tan imposible como el caso opuesto: abordar al mundo empírico a la manera de filósofos como Platón, quien desde su Olimpo idealista despreciaba el estudio práctico de la naturaleza. Este colosal error le costó a la cultura griega su ascendencia, así como el error antípoda de reducir las humanidades a la ciencia está extraviando a nuestra civilización. Es simplemente un “error categorial” querer entender al trauma psicológico en base a la neurociencia, como es un error posmodernista querer entender al mundo empírico, digamos la astronomía, en base al discurso social. Los filósofos posmodernistas y los siquiátras representan dos intentos simétricos, aunque diametralmente opuestos, de ideologías extremas. Unos quieren reducir la ciencia a

las humanidades; otros, las humanidades a la ciencia: y ninguno respeta al otro como un campo separado e intrínsecamente legítimo. En otro lugar profundizaré sobre estos dos errores antitéticos.

El nacimiento de la siquiátria moderna ocurre cuando el marginado sale de jurisdicción de las casas de confinamiento de Francia y del resto de Europa para quedar a cargo de la institución médica. En la profesión del siglo XXI, con todo su armamento de genética, neurología y taxonomía nosológica, es imposible ver qué es la siquiátria en su raíz. Pero en el libro de Johann Christian Heinroth *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens* (Libro de texto sobre las perturbaciones de la vida mental), publicado en 1818, pueden verse los fundamentos de la siquiátria sin cortina de humo pseudocientífica que los oculte. Siguiendo la tradición de los siglos XVII y XVIII Heinroth usó la expresión “enfermedad mental” y la definió como “egoísmo” o “pecado”: términos que usó indistintamente. Heinroth no sólo equiparó el concepto cristiano de pecado con el de enfermedad mental. Aunque consideraba a la enfermedad mental un defecto ético, la gran innovación de Heinroth fue que la trató con procedimientos médicos.

¿Cómo dio Heinroth este salto conceptual? O preguntado de otro modo: ¿por qué los encargados de reencauzar al rebaño a las ovejas descarriadas habrían de ser los médicos? Este giro no estaba contemplado en los planos de los arquitectos del Gran Encierro del siglo XVII. Una vez que la Inquisición fue oficialmente abolida Heinroth mismo se pregunta quién sería el nuevo controlador social: “¿Debe ser tarea del doctor, o quizá de un clérigo, o de un filósofo, o de un educador?”[7]

La tarea recayó, finalmente, en el médico. Presumiblemente esto se debió a que, como el médico trata directamente con el físico de los seres humanos, era más fácil encubrir la violencia física en la profesión médica que en las otras. En tiempos en que los ideales de la Revolución francesa estaban aún en el aire la sociedad civil habría sospechado del clérigo o del filósofo que tuviera jurisdicción sobre cuerpos ajenos. Pero no del médico.

Para que la gente aceptara al nuevo inquisidor había,

además, que literalizar la metáfora central de la profesión. Originalmente “enfermedad mental” era entendida como una mera metáfora de aquello que en siglos anteriores se había llamado “sinrazón”, como el caso de los “insensatos”. Al asumir el médico la responsabilidad de ocupar el papel que ocupaban los funcionarios de las casas de confinamiento, Heinroth dio por sentado que el egoísmo y el pecado que trataba eran entidades médicas: algo como decir que los “virus” que infectan nuestras PCs no son metáfora de programas subversivos, sino microorganismos.

La literalización de la metáfora “enfermedad mental” en una auténtica enfermedad no habría sido posible si Heinroth y muchos otros siquiátricos no hubieran contado con la sanción social. El siglo XIX fue el más burgués de los últimos siglos, y las fuerzas sociales que impulsaron a los pudientes a encerrar a los indeseables aún estaban en auge, mayor incluso, que en la época en que Heinroth nació. La única manera de entender a Heinroth y a su filosofía del martillo es dejarlo hablar. He tomado los siguientes párrafos de un estudio de Szasz. El primer párrafo está sacado de Medicina Psíquica Política (Medicina psico-política): título que ilustra perfectamente cómo en sus orígenes los siquiátricos no hablaban en nuevahabla, sino en lengua franca. Heinroth escribió: “Compete al Estado cuidar de las personas que están perturbadas mentalmente cuando son una carga para la comunidad o representan un peligro público; el alojamiento, la cura y el cuidado de tales individuos es un deber político”. ¿Y quiénes están “perturbados mentalmente”?

Quiénes menos merecen la libertad, es decir los maniáticos [maníacos], son los que aman más la libertad; y mientras más se les deje libres para realizar sus actividades perversas, incluso dentro de una cámara de Autenreith, no puede pensarse en su recuperación.[8]

La cámara de Autenreith y la máscara del mismo nombre eran aparatos de tortura sobre los que él mismo nos explica su funcionamiento.

La experiencia nos ha mostrado que dentro del saco el paciente corre el peligro de asfixiarse y ser víctima de convulsiones [...]. [En la silla de confinamiento] el

paciente puede permanecer continuamente atado en la silla durante semanas, sin incurrir en el menor daño corporal. [La pera es un] pedazo de madera dura, con la forma y dimensiones de una pera de tamaño mediano; tiene una barra atravesada con tiras que pueden atarse a la nuca del paciente. Como la cavidad bucal del paciente queda más o menos llena por este instrumento, el paciente no puede articular sonido; pero sí puede gritar sordamente.[9]

Heinroth articuló algunos mandamientos que deben guiar al siquiátrico: “Primero, ser dueño de la situación. Segundo, ser dueño del paciente”.[10] Szasz comenta que en estas frases la siquiátrica aparece al desnudo como lo que fue y continúa siendo hoy día: subyugación, esclavización y control de un ser humano por otro; y comenta además que los siquiátricos contemporáneos, aunque hacen cosas similares, no hablan con franqueza como solía hablarse en tiempos de Heinroth. No obstante, Heinroth entendió desde el principio que en su profesión había que disimular las cámaras de tortura y el control social como una acción hospitalaria, por lo que recomendó: “Debe asegurarse una seguridad perfecta, debe evitarse toda apariencia de prisión”, situación que persiste en la actualidad.

En España, por ejemplo, algunos siquiátricos modernos han cambiado las rejas en las ventanas por unas persianas externas: unas láminas cosméticas, aunque rígidas, que cumplen la función de barrotes carcelarios. Análogamente, en México el Instituto Nacional de Neurología es un hospital aparentemente decoroso. Jamás pude entrevistar a las autoridades del Instituto Nacional de Neurología, llamado abreviadamente Neurología en la Ciudad de México. Pero Carlos Díaz Jasso, de sesenta años de edad, estuvo internado en el pabellón nuevo del instituto del 16 de marzo al 22 de abril de 2004, y me proporcionó alguna información. Con síntomas de su muy visible temblorín de manos (disquinesia tardía) debido a la droga Zyprexa que le administraron en Neurología, Díaz Jasso me contó que le impresionó que dos internos adolescentes se rebelaran. Fueron reprimidos por cuatro camilleros treintones de complexión robusta y luego por otros tres más. Díaz Jasso sólo oyó los sonidos de una golpiza pero, por precaución, no se asomó al aula. Posteriormente

vio la entrada del aula cubierta de manchas de sangre, y cuenta que los adolescentes insurrectos fueron amarrados con correas por las cuatro extremidades. Como otros hospitales, lo que sucede en los pabellones contrasta fuertemente con la imagen que se le vende al público; por ejemplo, con el jardín tan esmeradamente cuidado que Neurología ostenta a las visitas.

La fachada de jardines siquiátricos de nuestro siglo sigue las regulaciones decimonónicas. Sobre lo que sucede detrás de la fachada, según Heinroth, el hospital—:

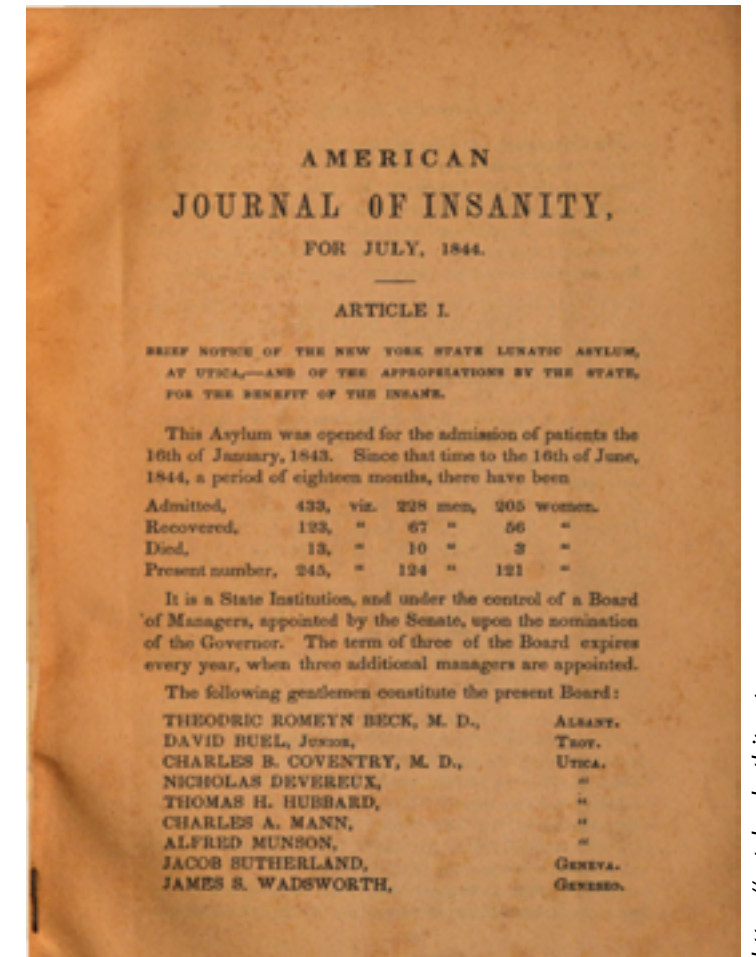
Debe tener una sección especial de baños, con toda clase de baños, duchas y tinas de inmersión. También debe tener una habitación especial correctiva y de castigo con todo el equipo necesario, incluyendo un resorto Cox (o aún mejor, una máquina de rotación), una rueda voladora de Reils, poleas, silla de castigo, celda de Langermann, etc. [...]. Pero el maestro y amo principal es el médico. Sus instrumentos alcanzan a todos. [11]

He aquí otras palabras de este médico que vivió un siglo antes de Orwell:

El médico de la psique se le aparece al paciente como su ayudante y salvador, como padre y benefactor, como amigo compasivo, como maestro amigable pero también como juez que sopesa evidencias, juzga y ejecuta la sentencia: al mismo tiempo parece ser el Dios visible para el paciente.[12]

Heinroth parece un híbrido entre el O’Brien orwelliano y un hombre de la historia real del que fue contemporáneo: Sade. El que algunos siquiátricos vean en Heinroth a uno de los fundadores de la siquiátrica moderna y precursor de Bleuler, habla por sí solo y no necesita comentarios.

GRACIAS A Heinroth y a otros apologistas de la violencia médica, a mediados del siglo XIX la metáfora “enfermedad mental” fue reconocida como una enfermedad auténtica. En Inglaterra el parlamento le dio a la fraternidad médica el derecho exclusivo para tratar a la nueva enfermedad descubierta. Las primeras revis-



https://catalog.hathitrust.org

tas especializadas en siquiátrica comenzaron a aparecer. La American Journal of Psychiatry, que originalmente se llamaba American Journal of Insanity y cuyo primer número apareció en 1844, desde sus inicios publicó datos que ahora se sabe que son fraudulentos.[13] A lo largo del siglo XIX incontables mujeres “insensatas” como Hersilie Rouy y Julie La Roche fueron encarceladas por sus padres y esposos; y los siquiátricos resistieron los intentos de inspección de sus “asilos”, como se les llamaba entonces, porque interfería con la autonomía médica. Muchos médicos trataron de obtener importantes puestos en los asilos.

La profesión siquiátrica, en su versión moderna, había nacido.

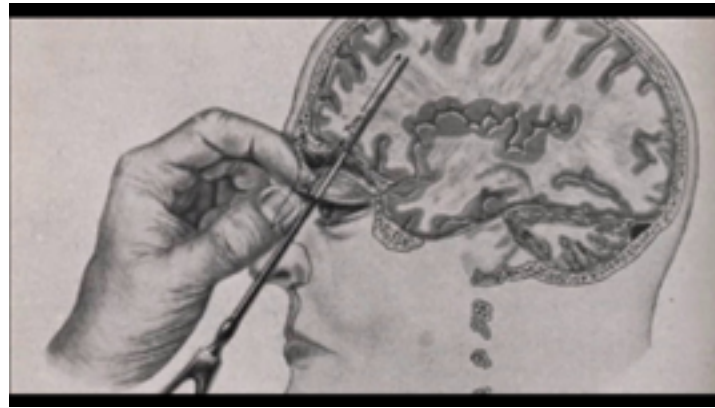
En el siglo XX la profesión siquiátrica consolidó su poder y prestigio en la sociedad. La terminología se refinó y para el ciudadano común se hizo imposible ver a la siquiátrica al desnudo. Algunos sádicos como Heinroth se convirtieron en “psiquiatras”; sus torturas en “trata-

mientos"; los marginados sociales en "pacientes"; los asilos en "hospitales", y la demencia precoz en "esquizofrenia". Antes de la creación de la nueva habla a los asilos se les llamaba adecuadamente Poorhouses (Casas para los pobres). Antes de que se diseñaran drogas para inducir estados tortuosos, Kraepelin y Bleuler usaban otros métodos de subyugación. En 1911 este último experimentó con un medicamento particularmente repugnante que provocaba vómito sangrante, pero al menos Bleuler confesó con una franqueza que ya no se ve en la siquiatria de hoy día: "Su conducta mejora. Desde el punto de vista ético, no puedo recomendar este método".[14] De manera similar, en 1913 Kraepelin solía inyectar nucleinato de sodio para causar fiebre en sus pacientes, quienes "se vuelven más dóciles y obedecen las órdenes de los médicos".[15]

La gran revolución en siquiatria moderna ocurrió en la década de los 1930. Anteriormente, con sus instrumentos Heinroth y sus colegas habían asaltado el cuerpo de los ciudadanos a controlar. Pero en los treinta el asalto al cuerpo fue abandonado por un método más eficaz: asaltar directamente al cerebro. Se introdujo el shock de Metrazol, el shock de insulina y el electroshock a sabiendas de que mataba células cerebrales.

El pentilenetetrazol (de nombre comercial Metrazol en Norteamérica y Cardiazol en Europa) causa una gran reacción en las víctimas. Éstas sufrían convulsiones tan violentas que frecuentemente se rompían los dientes, los huesos y la columna vertebral. El shock de Metrazol era tan devastador para el cerebro que, una vez pasado su efecto, algunos sufrían estados regresivos y actuaban como bebés; jugaban con sus heces, se masturbaban y querían que las enfermeras los mimaran. Cuando recuperaban sus cabales rogaban "en nombre de la humanidad" que no les volvieran a inyectar Metrazol, droga que subyugaba incluso a los militares duros. Pero para 1939 era común usar Metrazol en la mayoría de los hospitales de Estados Unidos, lo que significó que en esos tiempos un internado solía recibir varias inyecciones.

El New York Times, Harper's, Time y hasta el Reader's Digest se unieron al coro de alabanzas sobre un tratamiento siquiátrico similar: el shock de insulina, que



también producía convulsiones espantosas. Un articulista de Time escribió que mientras el paciente desciende en el coma "grita, brama, le da rienda suelta a sus temores y obsesiones ocultos y le abre de par en par su mente a los siquiátricos". Increíblemente, los psicoanalistas interpretaron las quejas de las víctimas a favor de sus colegas. En un encuentro de la Asociación Psiquiátrica Americana Roy Grinker interpretó que "el paciente experimenta el tratamiento como un ataque y castigo sádico que satisface su sensación inconsciente de culpa".[16] Robert Whitaker, autor de un estudio sobre la siquiatria estadounidense, le llama a los primeros cincuenta años del siglo XX "la época más oscura" en la historia de la siquiatria. 1935 marcó el nacimiento de la lobotomía. Egas Moniz, un siquiátrico portugués, había iniciado sus experimentos usando alcohol para destruir el tejido cerebral de los lóbulos frontales, pero cambió de método al cercenarlos directamente con un escalpelo. Su primera conejillo de indias fue una prostituta, y tres meses más tarde ya había lobotomizado a veinte personas; cada vez atreviéndose a cercenar más tejido cerebral de sus víctimas. Según Moniz "para curar a estos pacientes debemos destruir la disposición más o menos establecida de las conexiones celulares que existen en el cerebro".[17] El trabajo de Moniz condujo a una explosión de lobotomías en occidente, especialmente en Estados Unidos, pero también en el Reino Unido, Italia, Rumania, Brasil, Cuba y eventualmente en México.

En 1941 Walter Freeman, el neurocirujano a quien cité al hablar de Victor Frankl [una vez más: me refiero al contenido de Hojas susurrantes], le llamaba a esta práctica brain-damaging therapeutics, esto es, terapéutica lesionadora del cerebro.[18] Al menos debemos darle

crédito a Freeman que no se expresó en nueva habla, sino en la lengua franca de Heinroth: reconoció que la lobotomía daña al cerebro. Pero en esa década la academia sueca le otorgó a Moniz el Premio Nobel en medicina y los medios se mostraron entusiastas con la novedosa terapia, incluyendo New York Times, Time y Newsweek. Una editorial del New York Times celebró que los lobotomizados que habían querido suicidarse antes de la operación "ahora en-

Egas Moniz | www.biografiasyvidas.com



contrarían una vida aceptable". [19] Con tal respaldo social se practicaron decenas de miles de lobotomías en los años cuarenta y cincuenta. Se creía que los jóvenes universitarios que tenían problemas emocionales, e incluso los niños problema, eran candidatos ideales para la lobotomía de Freeman.

En Mad in America Whitaker menciona cuáles eran los efectos de esta operación radical. A una mujer lobotomizada se le describió como "gorda, tonta y sonriente". Aunque había sido de alcurnia, otra mujer que sufrió la operación defecaba en un basurero. Los pacientes lobotomizados agarraban la comida del plato del vecino, o vomitaban en la sopa y seguían comiendo. Unos no se levantaban de la cama a menos que un familiar se los ordenara, y era común que se orinaran allí. Otros se quedaban viendo a la calle por la ventana. Quienes habían tenido empleos con anterioridad a la operación, vivían como zánganos. Era posible insultarlos y obtener como respuesta una sonrisa. Algunos se refirieron a la lobotomía como "una infancia quirúrgicamente inducida", y ya podrá imaginarse la carga que representó para las familias mantenerlos. Pero Freeman y su ayudante Watts tenían una visión más positiva de las cosas. Escribieron que el paciente lobotomizado podría considerarse "una mascota doméstica".[20] Los reportes de las revistas científicas también pintaron

las cosas de manera favorable para la profesión médica. El lenguaje de la ciencia pretende ser neutral, apolítico y aemocional. No esgrime juicios de valor: lo diametralmente opuesto a lo que hago en este libro. En la literatura donde abundan las gráficas y las cifras es fácil escribir artículos donde la tragedia que dejó este sendero de humanos semivegetales no fuera percibida como un crimen.

La "terapéutica lesionadora del cerebro" de Moniz y Freeman perdió auge en los 1960 y 70. En la actualidad es difícil saber cuántas lobotomías se hacen en el mundo cada año. Según un artículo en defensa de la psicocirugía que apareció en Psychology today en marzo/abril de 1992, a principios de los noventa se hacían "cuando menos de 200 a 300 psicocirugías abiertamente declaradas cada año". De hecho, en el nuevo siglo "unos cuantos médicos aún promueven la psicocirugía para problemas emocionales severos y en algunos estados de Estados Unidos se han formado consejos especiales para revisar todas las propuestas de estas operaciones".[21] No obstante, aunque la lobotomía cayó en relativo desuso, el electroshock sigue siendo una práctica siquiátrica estándar en la profesión del siglo XXI.

El electroshock fue desarrollado en 1938, inspirado en un rastro de Roma donde los cerdos eran electrochocados para que fuera más fácil rebanarles el pescuezo. Un siquiátrico, Ugo Cerletti, había estado experimentando con choques eléctricos en perros, poniéndole a un perro electrodos en el hocico y en el ano. La mitad de los animales morían por paro cardíaco. Después de ver a los puercos electrochocados Cerletti decidió usarlo en seres humanos. El primer conejillo de indias de Cerletti fue un indigente que vagaba en la estación de trenes en Roma. Poco después, en 1940, el electroshock era admitido al otro lado del Atlántico. Manfred Sakel, quien introdujo el shock insulínico en la praxis médica, comparó su técnica con el electroshock y comentó sobre este último: "mientras más fuerte sea la amnesia, más severo debió haber sido el daño a las células cerebrales".[22] Esta era otra forma de la "terapéutica lesionadora del cerebro" de Moniz y Freeman. Aunque los siquiátricos reconocieron todo esto en sus revistas especializadas, en sus pronunciamientos públicos fueron



más cautos. Pintaron al electroshock como una terapéutica inocua y dijeron que la pérdida de memorias era pasajera. Los medios de información tomaron la propaganda como ciencia honesta y para 1946 la mitad de las camas de los hospitales estadounidenses eran ocupadas por pacientes psiquiátricos, algunos de estos electrochocados. Ese mismo año apareció el libro de Albert Deutsch *Shame of the States* (La vergüenza de los Estados Unidos) y un artículo de la revista *Life* con impresionantes fotografías sobre una realidad que el pueblo norteamericano desconocía: los que sucedía en los campos de concentración llamados hospitales psiquiátricos. Aunque las imágenes contribuyeron a la reforma de los psiquiátricos públicos en Estados Unidos, el siglo XX fue testigo de otras dos revoluciones en psiquiatría. Una fue el consorcio entre psiquiatras y las multinacionales farmacéuticas; otra, la invención de lobotomías químicas en los 1950. La lobotomía quirúrgica cayó en relativo desuso en favor del uso de neurolepticos: una forma más sutil de control.

Mayo de 1954 es una fecha memorable para los psiquiatras. Por vez primera se comercializó un neuroleptico, la clorpromacina (de nombre comercial Thorazine en Estados Unidos y Largactil en México y algunos países de Europa), que revolucionó el tratamiento en la profesión. La primera generación de fenotiazinas de las que surgió la clorpromacina había sido empleada con fines pesticidas en agricultura. Además, por experimentos se sabía que inducía catalepsia en los animales. El neuroleptico era un químico diseñado intencionalmente como neurotoxina, pero millones de recetas de Thorazine fueron prescritas en Estados Unidos. Bajo los efectos de la clorpromacina los pacientes ahora "podían ser movidos como títeres", y el primer psiquiatra que

experimentó en Estados Unidos con este neuroleptico dijo que "podría ser un sustituto farmacológico de la lobotomía".[23] La campaña para venderle Thorazine a la sociedad americana fue tan feroz que los mismos profesionales llamaron "tropas de asalto Thorazine" a los propagandistas de productos de la compañía que los manufacturó.[24]

Esta fue la primera incursión masiva en el mundo de las relaciones públicas realizada por una empresa farmacéutica en un mercado que anteriormente era muy reducido: la psiquiatría institucional. En su primer año de mercado, Smith, Klein and French obtuvo 75 millones de dólares con ese fármaco. El resto, como se dice, es historia.[25]

En 1955 la revista *Time* le llamó "críticos de torre de marfil" a los profesionales que se oponían a la clorpromacina. Gregory Zilboorg, el mismo psiquiatra que tenía en alta estima a los autores del *Malleus Maleficarum*, dijo que el público estaba siendo engañado y que la droga sólo servía para controlar al paciente internado. Otro médico alzó su voz y dijo que la clorpromacina era más peligrosa que la heroína y la cocaína. Pero la publicidad terminó ahogando la disidencia interna. A mediados de los 1960 más de diez mil artículos médicos se habían escrito sobre la clorpromacina. Hubo campañas en televisión donde se omitía toda mención de los efectos parkinsonianos de la droga, y a las revistas se les pagó sustanciosas sumas si publicaban sus artículos principales sobre el milagroso químico. *Time*, *Fortune* y el *New York Times* fueron algunas de estas prostitutas de las corporaciones farmacéuticas. El uso de neurolepticos tomó la frontera de tratamientos psiquiátricos ante los comas de insulina, el electroshock y la lobotomía. En los sesenta la revolución de esta alquimia publicitaria, de pesticidas a antipsicóticos, estaba consumada y la mentalidad del público había sido implantada con el mensaje que eran medicinas "antiesquizofrénicas": una idea que persiste en la actualidad. Para 1970 ya se habían prescrito 19 millones de recetas de neurolepticos, y no sólo a la gente perturbada. Algunos delincuentes menores de edad y adolescentes rebeldes a quienes se les administró el neuroleptico lo llamaron "jugo zombi", pero los profesionales contraatacaron introduciendo el eufemismo "tranquilizantes mayores". A

finales de marzo del 2001 en Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos la cifra de prescripción de neurolepticos fue de 43 millones. En el caso de niños y adolescentes, un estudio mostró que entre 1987 y 1996 se había duplicado el número de chicos a quienes se les daban. Entre 1996 y 2000 la cifra se multiplicó hasta alcanzar la cifra de uno de cada cincuenta, aunque la franja más importante se produjo en la edad entre los niños de 5 y 9 años.[26] La propaganda con la que las multinacionales infectan a la sociedad civil sobre la "necesidad" de estas neurotoxinas se hace a través de campañas de "educación" a visitantes médicos y consejeros de las escuelas y de padres.

Joe Sharkey, un periodista de temas financieros y autor de *Bedlam: greed, profiteering and fraud in a mental health system gone crazy* (Bedlam: codicia, acaparamiento y fraude en un sistema de salud mental que se volvió loco), ha denunciado que al final de los 1980 el 25 por ciento de las ganancias pagadas por los seguros médicos fueron a parar a los bolsillos de quienes trabajan en el área de salud mental, en buena medida por el tratamiento psiquiátrico de estos adolescentes rebeldes.[27] Lo que es más, desde los 1970, la década en la que Amara y mi madre me asaltaron con el químico, estos profesionales entraron en franca asociación con las compañías de drogas. El consorcio entre los psiquiatras y la Big Pharma (las multinacionales farmacéuticas) es tan descarado que todas las conferencias de psiquiatría son financiadas por esas corporaciones, y en algunos centros médicos toda la investigación de laboratorio también es financiada por las multinacionales. Estas compañías también financian a las revistas de psiquiatría. Además, un estudio de ochocientos artículos de algunas de las más prestigiosas revistas científicas que no se especializan en psiquiatría (*Science*, *Nature*, *Lancet*, *The New England Journal of Medicine* y el *Proceedings of the National Academy of Medicine*) descubrió que el 34 por ciento de los autores tenían intereses financieros con la Big Pharma. La industria farmacéutica es el mayor patrocinador de la investigación psiquiátrica en Estados Unidos, incluyendo la investigación en universidades y facultades de medicina. Se calcula que sólo en 1994 gastó mil y medio millones de dólares en investigación académica.[28] Hay quienes han usado la expresión "Is academic medicine for sale?" (¿Está a

la venta la medicina académica?) para describir esta situación.

Esto es fundamental para entender por qué digo que los psiquiatras, a pesar de sus impecables credenciales médicas, promulgan una ciencia tendenciosa. Es evidente que el patrocinio de estas compañías le da un sesgo biologicista y pro drogas a la investigación. Los editores de las revistas especializadas son muy cautos a la hora de publicar artículos de aquellos profesionales que critican a la psiquiatría biologicista, especialmente si ponen en duda la efectividad de los psicofármacos o si mencionan los terribles efectos de las drogas (como la disquinesia y la distonía tardía que producen los neurolepticos, a las que los médicos eufemísticamente llaman "síntomas extrapiramidales"). Las compañías de drogas gastan enormes sumas en los anuncios que aparecen en las revistas especializadas, y los editores no están dispuestos a ofender a sus patrocinadores con ese tipo de artículos por la amenaza de que retiren la publicidad. La dependencia económica de las revistas con estas compañías da cabida no sólo a la discrecionalidad, sino a que muchos contribuyentes se autocensuren: la peor de las censuras posibles. Como dicen unos profesionales de salud mental:

La industria farmacéutica es la propietaria de los datos obtenidos en los ensayos clínicos que subvenciona, decide qué estudios deben publicarse, elige a los autores, escribe los artículos y los revisa para ofrecer la mejor interpretación posible de los datos.[29]

Por otra parte, es natural que los nuevos profesionales en investigación médica escojan el área del futuro más prometedor, la que financian generosamente las compañías de drogas: ahí es donde se encuentran los fondos para sus carreras. Hay todo un libro sobre el tema, *How the pharmaceutical industry bankrolled the unholy marriage between science and business* de Linda Marsa (Cómo la industria farmacéutica financió el impío matrimonio entre la ciencia y el negocio), y esta tendencia es mucho más acusada en psiquiatría. En una revista psiquiátrica hay menor garantía de científicidad que en otras revistas especializadas. En la profesión ya no se oye hablar, como solía hacerse en los 1950 y 60, de padres abusivos que enloquecen a sus hijos. Los in-

tereses para ocultar esta realidad son enormes.

Por ejemplo, a mediados de los 1990 un analista del mercado farmacéutico afirmó que el mercado norteamericano de neurolépticos, que era de mil millones de dólares, podía crecer a 4.5 mil millones al año. En mayo de 2001 un reporte del Wall Street Journal evaluó al mercado de neurolépticos en 5 mil millones de dólares al año, un crecimiento del quinientos por ciento en un lustro. El total de ventas de neurolépticos en Estados Unidos en 2000 fue de 2.5 mil millones de dólares, y las ventas internacionales llegaron a 6 mil millones ese mismo año. Sólo el neuroléptico Zyprexa le dio utilidades de mil millones de dólares a Eli Lilly en 1998. En 1999/2000 Estados Unidos encabezó el consumo occidental de neurolépticos con el 65 por ciento, Europa le siguió con el 22 por ciento y Latinoamérica con el 2.5 por ciento (no cuento a Rusia, Asia ni a África). Dado que hay mucha gente que quiere controlar a otros en cárceles, asilos, manicomios, correccionales para menores y aun en el hogar, el mercado de estas terribles drogas tiene previsto ventas que podrían aumentar. [30]

Estas cifras son clave para entender a la psiquiatría de nuestros días: un Gulag químico.

Enfrentados a un negocio multimillonario que sutilmente ha comprado a los médicos, a las universidades y a los medios, es virtualmente imposible que la sociedad civil vea lo que está sucediendo. Así como en tiempos de Heinroth las acciones políticas se encubrieron con ropaje médico cuando los ideales de la Revolución estaban en el aire, después de la rebelión de los 1960 la psiquiatría reaccionó cubriéndose cada vez más con el ropaje de la ciencia dura, el paradigma de nuestros días. En 1999 el profesor Leonard Duhl de la Universidad de California definió a la enfermedad mental y a la pobreza en el más perfecto sentido de los ideólogos del Gran Encierro del siglo XVII: “la incapacidad de tener dominio en los sucesos que afectan la propia vida”. [31]

La consolidación y el agrandamiento del poder psiquiátrico continúa en el siglo XXI. El incremento en diez veces del uso de neurolépticos en menores de edad des-

de mediados de los noventa al primer lustro del nuevo siglo, cosa que se hace con el ardid publicitario de que están “en situación de riesgo”, muestra el cinismo con el que se ha realizado este diseño.

Heinroth fue un gran visionario. Previó que las drogas podrían ser las prisiones del futuro. Aunque no se habían inventado los neurolépticos Heinroth ya hablaba de “medios farmacéuticos de restricción” y de “medios quirúrgicos restrictivos”, adelantándose a la lobotomía que Moniz desarrollaría un siglo más tarde. Desde que en el siglo XIX se dictaran las regulaciones que definirían las políticas que rigen a los psiquiátricos del mundo, la expansión del Gulag químico hizo que la hospitalización involuntaria a largo plazo cambiara a la drogadicción involuntaria a largo plazo, que es lo que actualmente está de moda. Los psiquiatras, naturalmente, dirían las cosas de otra manera. Dirían que en el tratamiento de las enfermedades mentales el acontecimiento más sobresaliente del siglo XX fue la síntesis de estos medicamentos en los laboratorios. Pero este es uno de los alegatos de avance científico que, analizado de cerca, se descubre falaz. En psicofarmacología no existen las biografías de Juan, de Pedro o de María ni cuando se recetan neurolépticos, ni cuando se recetan antidepresivos, ni cuando se recetan estimulantes, ni cuando se recetan tranquilizantes. No hay personas en psiquiatría biológica —o psiquiatría biologicista como prefiero llamarla—, sólo radicales bioquímicos que hay que normalizar mediante otras sustancias químicas. En una época que busca soluciones fáciles para los problemas del mundo no es necesario hurgar en el pasado. Basta con calcular la dosis de las píldoras de la felicidad, sea Prozac o cualquier otra. Esto sucede también con el abuso de drogas ilegales y la única diferencia es que los psicofármacos son legales. Aproximadamente treinta millones de personas han tomado Prozac (fluoxetina), droga a la que revistas como Newsweek le ha hecho propaganda con artículos de portada. La situación apunta cada vez más a los escenarios de El mundo feliz de Aldous Huxley donde, a instancias del Estado, todo ciudadano tomaba la droga llamada soma.

En la profesión médica los factores ambientales que agujonean nuestras almas han desaparecido del mapa. Si la filosofía de los psiquiatras biologicistas estuviera en

lo cierto, todas nuestras pasiones, traumas y conflictos, amores y temores son resultado no de nuestros deseos en pugna con el mundo externo, sino de los vaivenes de pequeños polipéptidos en nuestros cuerpos que se transforman en desesperación.

En el prefacio de algunas ediciones del DSM se dice que el futuro borrará completamente la “desafortunada” distinción entre el concepto popular de perturbación mental y la enfermedad física. El 1 de enero de 1990 California se convirtió en el primer estado norteamericano en aceptar el principal dogma en siquiatria: que las perturbaciones mentales son, en realidad, enfermedades originadas en disfunciones cerebrales. Por ejemplo, se afirma que un alta de dopamina causa la locura, y una baja de serotonina, la depresión. (Esto me recuerda que para Benjamin Rush, el padre de la siquiatria norteamericana, la locura era causada por una baja de circulación sanguínea en la cabeza.) Dato curioso: a los animales en estado silvestre no les falla la serotonina ni se deprimen. Pero por razones que los psiquiatras biologicistas no se explican, a millones de seres humanos nos falla constantemente. La siquiatria biorreduccionista es cualquier cosa en que se hable de supuestas anormalidades biológicas en el cuerpo más bien que en la familia o medio social: como estudiar el trauma no como reacción ante un acto que nos ultraja —digamos, la violación incestuosa a Dora—, sino al lóbulo temporal de la ultrajada, hacia donde se dirige el tratamiento. Las drogas, o el martillazo eléctrico del electroshock, son resultado del axioma médico: “El que sólo sabe usar el martillo trata todas las cosas como si fueran clavos”.

No caricaturizo a la profesión. En noviembre de 2002 sostuve una larga discusión con el doctor Miguel Pérez de la Mora, un médico experimental de fisiología celular del Departamento de Biofísica de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y director de la Academia Mexicana de Ciencias. En la discusión con Pérez de la Mora me llamó enormemente la atención que, cuando mencioné el estado mental de los internos en los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial, mi disputador saltara inmediatamente al tema de la amígdala y el ansia que él estudia en su laboratorio: un ansia entendida de manera estricta-

mente biológica. En nuestra discusión tardé un buen tiempo en hacerle ver lo obvio al doctor: que la causa de las perturbaciones mentales de los internos eran las brutalidades en los campos. Pero aún concedido este punto Pérez de la Mora añadió —sin pruebas de laboratorio— que sólo aquellos internos en los campos que tenían una predisposición genética podrían haber sido quienes se trastornaron. ¡Para este neurólogo y sus colegas los campos de concentración fueron un mero “mecanismo disparador” del trastorno de un prisionero cuya biología, presuntamente, ya estaba defectuosa!

Debo aclarar que el concepto de “mecanismo disparador”, “detonador” o “desencadenante” de un supuesto trastorno mental latente es uno de los principales mantras del siquiatria, y ejemplifica lo que he llamado biorreduccionismo. Para el biorreduccionista los derechos humanos y el trauma psicológico pasan a segundo plano, y lo único que al hombre de ciencia le interesa es el proyecto genoma y la búsqueda del “gen” responsable del trastorno (u otra línea estrictamente biológica). Por ejemplo, la especialidad de Pérez de la Mora es estudiar los trastornos de ansiedad en los laboratorios de la UNAM, y durante nuestra discusión me confesó que la firma que manufactura la droga psiquiátrica Valium ha financiado su investigación. Le llamé la atención a Pérez de la Mora que una investigación financiada por las mismas compañías de drogas produce resultados con un claro sesgo biologicista. El eminente científico mexicano me respondió que muy pocas veces los investigadores se venden a las compañías.

La realidad es que la manera como las multinacionales farmacéuticas compran a los científicos es infinitamente más sutil que el soborno directo. Roche, que manufactura Valium, simplemente financia a los profesionales que postulan hipótesis biológicas, y a ningún otro. Jamás Roche o la competencia nos daría un centavo a quienes investigamos el trauma psicológico. Nuestra línea de investigación es una propuesta libertaria que requiere de ingeniería social y cambios en la familia nuclear para evitar el maltrato hacia los niños. Pero en un mundo conservador nadie quiere financiar al investigador que pone en el banquillo de los acusados a los padres. Por ejemplo, ninguna institución financió la investigación para escribir este libro. En cambio, el modelo

médico droga al niño maltratado sin promover cambio social alguno: sólo así goza del beneplácito de la sociedad. Si la ansiedad que estudia Pérez de la Mora; o el pánico, la depresión, las adicciones, las fobias, la manía, las obsesiones y las compulsiones son resultado de una biología anormal, el contenido humano y existencial de estas experiencias se vuelve irrelevante.

El pensamiento de nuestra época está siendo confinado a un mundo unidimensional por lo que a salud mental respecta. El biorreduccionismo, la ideología de los médicos con anteojeras que no quieren ver a los lados sociales, es una doctrina cuyo marco conceptual es bastante simple: determinismo y reduccionismo (“Tu biología es tu destino”). Pero como los siquiátras y neurólogos nos presentan esa doctrina con toda su sofisticación científica, el asunto aparentemente es complicado. La siguiente analogía szasziana ilustra lo simple que, en el fondo, la biosiquiatría es.

El médico-brujo primitivo, que intentaba comprender a la Naturaleza en términos humanos, trataba a los objetos como agentes: postura que se conoce como animismo. El médico-brujo moderno, que intenta comprender a la subjetividad del hombre en términos de Naturaleza, trata a los agentes como objetos: postura que se conoce como biorreduccionismo. El hombre primitivo ha sido desmitificado en nuestra era científica. ¿Quién desmitificará a los médicos siquiátras? Hay un reducido grupo de pensadores que puede hacerlo: los que saben distinguir entre ciencia verdadera y falsa.

Referencias

- [1] Citado en Foucault: Historia de la locura en la época clásica (volumen I), p. 106.
- [2] Edicto de Luis XIV, citado en ibídem, p. 81.
- [3] Ibídem, p. 81s.
- [4] Ibídem, p. 182.
- [5] Ibídem, p. 115.
- [6] Citado en ibídem, p. 213. Es interesante comparar la enciclopédica historia de la locura de Foucault, con infinidad de pasajes opacos y prosa impenetrable, con la breve y concisa historia de Thomas Szasz en Cruel Compassion: the psychiatric control of the society's unwanted (Syracuse University Press, 1998).

- [7] Johann Christian Heinroth, citado en Szasz: El mito de la sicoterapia, p. 80.
- [8] Ibídem, pp. 84 & 81.
- [9] Ibídem, pp. 82s.
- [10] Ibídem, p. 83.
- [11] El mito de la sicoterapia, p. 85.
- [12] Ibídem, p. 84.
- [13] Véase, por ejemplo, Whitaker: Mad in America, p. 75ss.
- [14] Eugen Bleuler, citado en John Read, Loren Mosher y Richard Bentall: Modelos de locura (Herder, 2006), p. 39.
- [15] Emil Kraepelin, citado en ibídem.
- [16] He tomado todas estas citas y revelaciones sobre el Metrazol del libro de Whitaker.
- [17] Egas Moniz, citado en ibídem, p. 113.
- [18] Freeman, citado en ibídem, p. 96.
- [19] Citado en ibídem, p. 138.
- [20] Freeman, citado en ibídem, p. 124.
- [21] Lobotomy, Microsoft® Encarta® Encyclopedia 2000. Sobre el resurgimiento de la lobotomía, véase Breggin: Toxic psychiatry, pp. 261ss, y un artículo de Lawrence Stevens que puede leerse en internet: “The brain-butcher called psychosurgery”.
- [22] Manfred Sakel, citado en Whitaker: Mad in America, p. 98.
- [23] Heinz Lehmann, citado en ibídem, p. 144.
- [24] Estas palabras de la compañía farmacéutica Smith, Kline & French aparecen en Loren Mosher: “Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization” en The journal of nervous and mental disease (1999, 187), artículo que leí en internet.
- [25] Loren Mosher, Richard Gosden y Sharon Beder, “Las empresas farmacéuticas y la esquizofrenia” en Modelos de locura, pp. 141s.
- [26] Saqué estas cifras de Modelos de locura, páginas 124s.
- [27] Sharkey: Bedlam, p. 4. El libro de Sharkey toma como tema eje a los injustificados internamientos fraguados por siquiátras, especialmente de niños y adolescentes, para sacarle todo el dinero posible a las compañías aseguradoras de sus padres.
- [28] Tomé esta información de Valenstein: Blaming the brain, pp. 199 & 187.
- [29] Modelos de locura, p. 144.

[30] Véase Whitaker: Mad in America; y Valenstein: Blaming the brain, capítulo 6; y Richard Gosden and Sharon Beder: “Pharmaceutical industry agenda setting in mental health policies” in EHSS (Autumn/Winter 2000).

[31] Leonard Duhl, citado en Szasz: Pharmacracy, p. 95.



Números anteriores

Paradoxa n1

Descarga gratuita:

<https://disiciencia.wordpress.com>



