

Síndrome del ateneo

Me dirijo al Comité de Redacción para solicitar se publique esta observación e intento de caracterizar un síndrome, probablemente nada nuevo, pero del cual, hasta ahora, solo he encontrado descripciones parciales.

Nombre: Síndrome del ateneo. Sinónimos: del simposio; del coloquio; iatrofónico del griego *iatros*: médico, sanador y *phonos*: sonido; o iatrolálico-del griego *iatros*: médico, sanador y *lalia*: habla, charla.

Definición e historia: Conjunto de signos y síntomas, súbitos y transitorios, que aparecen en personas que participan en actividades médicas colectivas tales como ateneos anatómo-clínicos, quirúrgicos, clínicos, mesas redondas, simposios, reuniones de consenso, comités de redacción, ateneos bibliográficos, etc., cuyos objetivos son la comunicación, el compromiso y el acuerdo. La incidencia y la gravedad son mayores en las reuniones numerosas con público pasivo. Las observaciones sobre este trastorno se han realizado a lo largo de más de cincuenta años en siete sitios diferentes pero con características comunes; el observador ha sido afectado. No está limitado a las actividades médicas, puede ocurrir en otras actividades colectivas aunque en ellas las experiencias del observador han sido menos numerosas y prolongadas. Por esta razón el nombre es restrictivo.

Etiología y patogenia: Se conjetura que es consecuencia de la condición humana de los sujetos afectados. El observador no ha prestado atención a esta conducta en otros animales, cree recordar conductas parecidas en los simios. El mecanismo podría ser estudiado por los especializados en conducta animal y humana.

Epidemiología: Muy contagioso. Son susceptibles los médicos, otros profesionales de la salud, y aun de la enfermedad, que concurren a este tipo de actividades colectivas. La susceptibilidad y gravedad de signos y síntomas depende de los individuos. Ocurre en hospitales, especialmente en los universitarios; también en hospitales y clínicas privadas y asociaciones médicas de diverso tipo. La transmisión es, en general, por vía aérea, por el sonido. Sin embargo la sordera no lo evita, la visión puede transmitirlo. No se ha experimentado con tapones para los oídos y vendaje oclusivo de los ojos simultáneo. Tal vez se trasmite también por contacto, no venéreo, entre persona y persona. Es endémica, con brotes anuales de exacerbación denominados jornadas científicas, congresos, etc.

Patología: No se han visto, ni buscado, lesiones en los órganos. Tal vez se encuentren alteraciones mínimas, debidas al abuso prolongado, en lengua, laringe, músculos de la cara, manos (rigidez de dedos índices y medios) y músculos que gobiernan la postura.

Manifestaciones clínicas (síntomas y signos):

1. Verborrea repetitiva;
2. Sordera, ceguera, o ambas, parciales y selectivas, transitorias;
3. Pérdida del tema o sujeto del discurso:

4. Incapacidad de tomar decisiones;
5. Discurso con neologismos, barbarismos (predominio de los ingleses, con pronunciación vernácula; franceses, en unos pocos prolectos; menos aún alemanes, con pronunciación y acentos raros); jergafasia. Abuso de siglas y acrónimos;
6. Afasia semántica;
7. Ataques de ira o sueño;
8. Impostación y engolamiento en la voz, postura y gestos afectados.
9. Arrocamiento al oír las propias palabras, pocas veces relacionadas con los hechos o el trabajo personal; confección de preguntas "inteligentes";
10. Compulsión a sumarse a los afectados.

Para el diagnóstico de certeza basta reunir los criterios o atributos esenciales 1, 2 y 3; el 4 solo se aplica a los que se supone que tienen capacidad de decisión.

Algunos de los signos y los síntomas han sido referidos por los propios afectados, entre ellos el observador, que los ha manifestado, sentido y estudiado por introspección. Los signos y síntomas no son permanentes. Se agravan ante la presencia de periodistas, grabadores o cámaras de televisión. En la mayoría de los casos, los afectados pueden retornar a la normalidad y ser personas razonables en pocos minutos.

Terapéutica: No hay vacunas, no se ha probado usar suero de convalecientes.

Se ha sugerido evitar o huir de los sitios donde ocurre este síndrome. Cuando participar es inevitable ayudan a sortearlo: la meditación, imaginar a los participantes desnudos o en alguna situación vergonzante. Convendría probar –han sido muy pocas las experiencias fructíferas– poner un límite a las intervenciones de los participantes utilizando una clepsidra, un reloj de arena, de cuerda o de cuarzo, y un timbre u otra señal auditiva inconfundible (rugido de león, aullidos de lobos, o ruidos humanos indecorosos y poco elegantes) para impedir que el afectado siga abusando de la palabra, la jerarquía, la edad o el cuerpo. Otro paliativo, aunque riesgoso, si las intervenciones están grabadas, es oírse a sí mismo repetidas veces. Este paliativo es inocuo o agrava el síndrome en aquellos con elevada autoestima, los llamados narcisistas, y en los sujetos tratados con antidepresivos o euforizantes.

Pronóstico: Son habituales las recaídas, semanales o mensuales; en el hemisferio sur las recaídas son raras en los meses de enero, febrero y una quincena de julio. En algunos casos el síndrome se hace crónico y permanente, en ellos el problema es grave y se traslada a los convivientes y a la familia, que puede contagiarse y transmitirlo. No es descabellado conjeturar que es capaz, entonces, de terminar afectando las actividades colectivas de una sociedad. El observador, pese a su tratamiento de rehabilitación, es pesimista... Débil es la carne (Mateo 26:41; Romanos 8:3).

Juan Antonio Barcat
e-mail: jabarcat@yahoo.com.ar

Agradecimientos: A los muchos que han colaborado al examinar, contar y elaborar sus experiencias.

Conflicto de intereses: Parte de estos conceptos fueron ya incluidos en: Echar leña al fuego. *Medicina (B Aires)* 2004; 64: 181-3 y Locuacidad y pérdida de la atención *Ibid.* 2013; 73: 386-8.