

año 11 número 20/ abril 2025

ATLAS

20

otra revista de salud mental

EDICIÓN ESPECIAL



LA MUERTE DE ATLAS

ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

1.

En marzo del 2014 publicamos el primer número de **ATLAS**. La idea era hacer una revista de psiquiatría diferente, más conectada con la clínica que con los ratones, con las ideas más que con los tips, con el humor más que con la solemnidad.

Con Javier nos une una amistad que se fundó en la psiquiatría y el espíritu inquieto. Podemos pasar de hablar **The Cure** a **Kraepelin** con la naturalidad que da el universo simbólico compartido.

En ese primer número, Javier tradujo un gran texto de **Germán Berrios** (“Acerca de la medicina basada en la evidencia”) que tenía una versión castellana que no nos convencía. Sacamos el mail del prof Berrios de la web y le escribimos pidiéndole permiso. Nos respondió amablemente y aprobó luego el trabajo realizado.

El origen también estaba ligado a la psiquiatría de enlace. En esa época yo tenía una activa participación en el **Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace de APSA** y parte del entusiasmo que desbordaba los límites institucionales, generaron la creación de ATLAS.

En ese primer número, le pedimos a **Juan Cristóbal Tenconi** que comentara un paper que le pareciera interesante. Porque en la era de la información, el valor ya no está en el dato sino en la curaduría, como nos enseñó **Daniel Melero**. También le hicimos un reportaje a **Julio Moscón**, sobre urgencia e interdisciplina (en ese momento Julio era el jefe de la guardia

de los viernes en el Alvear) y uno a **Silvia Khaski**, que es dermatóloga, para acercarnos a la tricotilomanía desde el otro lado de la frontera.

Bueno, y en el medio de la edición, estaba el suplemento **Mentalísima**, un espacio libre para hacerle *bullying* a la “literatura” de la industria (y sus departamento de marketing) y también para hacer listas, que en esa época nos encantaba. Aún hoy nos gustan.

(“DIEZ MANERAS DE NOMBRAR AL CÉLEBRE PSIQUIATRA FRANCÉS HENRY EY”).

2.

Sobre esa base abierta y libre, **ATLAS** funcionó estos 11 años. Publicamos una serie de textos de los psiquiatras argentinos referentes para que respondan sobre “¿Qué es la Psiquiatría?” que fue nuestro granito de arena para construir puentes en la grieta psiquiátrica. Algunos prometieron y nunca mandaron su visión (tenemos nuestras hipótesis pero no las diremos esta vez). Hicimos dos números de lecturas veraniegas con cuentos de autores argentinos contemporáneos -que también autorizaban amablemente la publicación- porque creemos que la cabeza de un psiquiatra tiene que nutrirse de la ficción; en esos especiales le pedíamos a psiquiatras y psicoanalistas que recomienden libros.

Esa pregunta, “¿qué es la psiquiatría?”, nos sigue hasta el día de hoy y es compartida por el grupo grande que se amplió detrás de **ATLAS**.

3.

ATLAS no es solo la revista. Editamos libros, presentamos mesas en Congresos, hacemos talleres, podcasts y asados.

La revista, que es la protagonista de esta editorial, trascendió nuestras expectativas. Mantuvimos siempre la independencia económica, sin recibir ninguna publicidad de la industria farmacéutica, lo que le permitió un brillo singular en el mundo de las publicaciones médicas.

4.

Hoy despedimos esta parte del proyecto. Este último número trata sobre la muerte, honrando el tiempo sin metáforas en que vivimos.

5.

Todos los números continuarán disponibles en el espacio **HEMEROTECA** de nuestro site (mundoatlas.com). Y si bien muchos de los que hacemos **ATLAS** tuvimos nuestra educación sentimental en el punk y en el espíritu *Do It Yourself*, no comulgamos con la idea del NO FUTURE. Seguiremos haciendo cosas.

6.

ATLAS la hicimos: **Javier Fabrissin, Marcos Zurita, Andrés Rousseau, Diego Costa, Natalia Fuertes, Víctor Pagano, Nicolás Oliva y Nicolás Alonso** junto a los amigos cercanos **Leo, Laura, Franco y Gonza** a quienes no nombramos completamente por si quieren esconder esto en sus CV.

Los queremos,
Marcos Zurita

Sumario

Editorial/ 2

Crioperseveración (Javier Fabrissin) /6

La muerte del amor por la muerte (Víctor Pagano)
/ 19

El nacimiento de la CIE: 191 formas de morir
(Maarcos Zurita) /37

In Memoriam / 46

Las puertas de Tannhäuser (Andrés Rousseaux) / 50

El síndrome de sobre-compromiso crónico y
de utilización improductiva del tiempo y la
convalecencia del sentido común (Javier Fabrissin &
Natalia Fuertes) / 64

La muerte de las publicaciones científicas (Javier
Fabrissin) / 72

ATLAS Año 11 N° 20. abril 2025 ISSN 2362-2822

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

Av Córdoba 1752 12 E C.A.B.A.

maildeatlas@gmail.com

Crioperseveración

Javier Fabrissin

Sobre el intento de vencer al tiempo y la descomposición

La Criopreservación

(Nota: en este artículo no se va a hacer mención a Walt Disney ni a la hibernación de los animales.)

“La inhumación es una práctica propia de bárbaros. Pura reminiscencia de los primitivos orígenes de nuestra cultura”, le dice a su secretaria Herbert Schoenheit von Vogelsang, propietario del Moratorio de los Amados Hermanos, una empresa que mantiene a personas semivivas en ataúdes envueltos en hielo sintético, y que, con la ayuda de un amplificador protofasónico, hace que parientes y amigos puedan con ellos lograr una rudimentaria comunicación. Esto ocurre en el **Ubik**, libro de 1969, de **Philip Dick**.

1) El Procedimiento

La crioconservación se inicia ni bien la persona muere, llevándola a un estado de hipotermia. A veces, se puede disponer de un equipo de intervención preparado, esperando el momento de actuar; a veces le corresponde al familiar o acompañante el ir colocando el cuerpo en hielo. Tal fue el caso de Riabinina, una inmigrante rusa en territorio italiano, quien mantuvo a su madre fallecida rodeándola con cubitos de hielo durante 4 días hasta que pudo ser trasladada a KrioRus (véase más adelante).

Una vez que el equipo de intervención se hace cargo del cadáver, se le administra anticoagulantes (ej, heparina) y vasodilatadores (ej, nimodipino), se le realizan maniobras de soporte cardiopulmonar (intubación, masaje cardíaco) y le canalizan una arteria y una vena para efectuar el reemplazo de la sangre por soluciones crioprotectoras (etilenglicol, dimetilsulfóxido).



Si bien los procesos biológicos y las reacciones bioquímicas decrecen a bajas temperaturas, el congelamiento estándar mata la mayoría de los tejidos vivos al inducir la formación de cristales de hielo extra e intracelulares, además de que pueden modificar o dañar la estructura celular. Por lo tanto, el procedimiento del reemplazo sanguíneo por líquidos crioprotectores garantizarían la transición del estado líquido al sólido, proceso llamado vitrificación, el cual previene

a las células de la formación de cristales de hielo y el daño consecuente. Esta parte del proceso se realiza cuando el cuerpo ya se encuentra en el sitio donde será preservado, llevado por el equipo de intervención temprana.

El intercambio sangre-crioprotectores se hace a temperaturas de hipotermia, preferiblemente inferiores a 10°C ya que, a tales temperaturas, la solución crioprotectora puede aportar tanto oxígeno como la sangre. Una vez completada la sustitución de la sangre, se realiza un enfriamiento más rápido y profundo, habitualmente con nitrógeno líquido para llegar a los -196°C .

Finalmente se deposita a la persona en el interior de un criostato, tubo semejante a los que cargan nitrógeno líquido en los centros asistenciales, que consta de dos paredes separadas por un vacío interior. En su interior caben unas 6 personas colocadas cabeza abajo, que esperan, sin ser concientes, por tiempo indefinido, hasta que alguien encuentre la manera de revertir tanto el proceso de vitrificación como la cura a la patología que haya producido el deceso de la persona.



2) Preservación de la cabeza

Las empresas también ofrecen la posibilidad de criopreservar la cabeza o el cerebro (brain or head, en el original). Ésta – o éste- puede mantenerse mediante perfusión

o congelamiento directo. Es decir, el procedimiento no es el mismo, aunque la intención sea la misma. El cuerpo del muerto del cuello para abajo, es luego, “quemado, cremado o incluso donado para la ciencia y la medicina”. Por lo demás, suele costar bastante menos que la conservación del cuerpo completo.

3) El padre de la criopreservación

A Robert Ettinger, profesor de matemática y física en el secundario de los EEUU, se le atribuye el título de padre de la criopreservación.

Su trabajo científico arrancó como una historia de ciencia ficción que publicó en 1948: “El penúltimo triunfo” (“The Penultimate Trump”). La historia trata sobre un poderoso personaje, Harley Hawort (nunca entendí cuál es su trabajo), de 92 años y algo moribundo, quien junto al jefe del equipo médico que está a cargo de su salud –jefe que no era médico sino un científico- y un bioquímico desarrollan un sistema mediante el cual logran congelar a Harley y mantenerlo en suspensión durante 220 años hasta ser revivido.



La historia da cuenta de conceptos técnicos relativos a la criopreservación, los cuales habrían sido tomados de la lectura que Ettinger realizara de Jean Rostand, biólogo francés que trabajó en el área de las bajas temperaturas y los sistemas biológicos (y que fue traído a la vida recientemente en los debates respecto de la legalización del aborto).

Sin embargo, yendo un poco más atrás, Ettinger habría recibido un impulso significativo en su niñez, cuando leyó el texto “El satélite Jameson”. La historia hablaba de un científico, el profesor Jameson, cuyos restos fueron enviados a una órbita con temperaturas cercanas a cero antes de que un grupo de cyborgs le ayudara a revivir, 40 millones de años después. Como se puede apreciar, la diferencia entre este argumento y el del cuento de Ettinger es ostensiblemente exigua.

El asunto es que el texto de ciencia ficción de Ettinger evolucionó, convirtiéndose en una publicación con visos científicos -“El prospecto de la inmortalidad” (The Prospect of Immortality, 1962)-, donde defendía la “posibilidad de una vida ilimitada para nuestra generación”. El libro fue autoeditado ya que no tuvo eco en la comunidad científica. Pero resulta que esa publicación generó suficiente interés como para que en 1964 lo editara una compañía editorial, convirtiéndose en “Libro del mes”.

Con ese empuje, Ettinger promovió la formación de la Cryonics Society of Michigan que luego fue renombrada como The Immortalist Society, derivando luego en una empresa “The Cryonics Institute”, donde hoy su cuerpo descansa.

Nótese que hay algunas semejanzas entre la vida de Ettinger y la de otro “padre”, en este caso, el de la ciencia ficción: Ron Hubbard. Ambos estuvieron en la segunda guerra mundial, realizaron publicaciones de ciencia ficción que mutaron en “textos científicos”, carecían de formación académica que avalara sus propuestas, recibieron rechazo por parte de la comunidad científica, tuvieron que trazar un camino en

los márgenes –técnicos y legales- de la ciencia y finalmente triunfaron.

4) Costos

Son cuatro las empresas que ofrecen este servicio: dos en los EEUU, una en Rusia y otra en Australia. El costo del servicio no resulta sencillo de calcular ni de comparar entre las diferentes compañías.

En primer lugar, la criopreservación implica dos fases: el mantenimiento en condiciones y el transporte del occiso y la preservación propiamente dicha. Habitualmente, las empresas que se encargan de la segunda fase disponen de servicios tercerizados, los equipos de intervención que se mencionaron anteriormente, que se ocupan de la primera fase, cuyo costo no está presupuestado en los honorarios que pasa la empresa.

En segundo lugar, salvo para el caso de la empresa rusa, las demás requieren que quienes decidan criopreservarse deben “asociarse” a la empresa, lo que equivaldría a guardarse un espacio. De lo contrario, si, por ejemplo, una persona decide hacerlo a último momento, pero no está asociado, tiene que ver si lo aceptan (básicamente, si es que hay espacio para él).

En tercer lugar -y salvo la empresa rusa-, las demás ofrecen la opción de abonar mediante un seguro de vida, de forma tal de financiar y abaratar costos.

Pero más o menos para tener una idea, estos son los costos:

Cryonics Institute (USA)

Membresía: Pago vitalicio: U\$1250, Pago anual: U\$120 por año; Pago de no socios-pago post-mortem: U\$1250 (sujeto a aprobación).

Preservación: Pago vitalicio: U\$28000; pago anual: U\$35000;

pago de no socios: U\$45000

ALCOR (USA)

Membresía: se basa en una fórmula: edad del paciente x un multiplicador anual de u\$s15. Ejemplo, si una persona de 30 años se asocia, la cuota anual será de 450 dólares por año.

Preservación: U\$200.000 (que puede pagarse mediante un seguro).

Southern Cryonics (Australia)

u\$s100000 más una tarifa de suscripción anual de 230 dólares. Los U\$100000 dólares se pueden pagar al momento de la *suspensión* (es decir, cuando se muera), aunque en este caso, está sujeto a aumentos inflacionarios. Habitualmente los u\$100000 se pagan mediante un seguro de vida. En tal caso, y a modo de ejemplo, si uno se asocia a los 40 años, el costo pasaría a ser de unos 40 dólares por mes (menos de dos dólares por día).

KrioRus: US46000 dólares (parece que en esta empresa no hay letra chica).

Costos II

Neuropreservación (conservar solo la cabeza de la persona): en KrioRus el costo es de unos U\$ 23000 dólares; en ALCOR: U\$80000.

Preservación de mascotas

ALCOR - Perros y gatos

Neuropreservación: si es mediante frío directo: entre U\$5100 y U\$29600; si es por perfusión: entre U\$7100 y U\$32300.

Cuerpo entero: si es mediante frío directo: entre U\$29600 y U\$129300; si es por perfusión: entre U\$32300 y U\$132400.

Cryonics

Para un perro: U\$5800 (hasta 15 libras de peso) y U\$150 por cada libra por encima de 15

Para un pájaro: unos U\$1000

KrioRus

Gato: alrededor de U\$15000

Perro de 50-70kg: alrededor de U\$35000

Congelamiento de activos

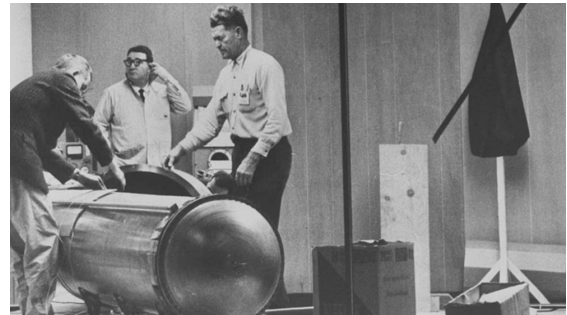
Una propuesta para preservar activos financieros son los llamados “fideicomisos de renacimiento”. Básicamente,



se conservan los ahorros para que no se devalúen durante los años, décadas o centurias que requiera el renacimiento del cuerpo.

5) Qué y cuánto hay criopreservado hoy en día

James Bedford fue la primera persona en ser criopreservada, en 1967 (vale agregar: unos días antes del deceso de WD), en lo que hoy es el Cryonics Institute. Allí, lo acompañan otros 83 seres humanos y diversas mascotas: 20 gatos, 15 perros, tres loros y un hámster. Dentro del grupo de los seres humanos, se encuentra el propio Robert Ettinger, quien, previamente a que le tocara a él, criopreservó a su madre (en el año 1982), a su primera esposa (en el año 1987) y a su segunda esposa (en el año 2000). En esta empresa, otros 2000 hicieron arreglos para su futuro (están en lista de espera).



En Alcor está criopreservado Fred Chamberlain, fundador de esta empresa, junto con otros 234 cuerpos. Alcor cuenta con 1444 miembros en la lista de espera.

En KrioRus tienen 97 personas y 67 mascotas: 16 perros, 31 gatos, 4 pájaros, 1 pez, 15 roedores (1 chinchilla, 1 degú, 5 conejos, 7 hamsters y 1 cobayo). Cuenta con 600 miembros que esperan su turno.

6) Los Cosmistas y el transhumanismo

El intento del ser humano para vencer la muerte cuenta con una raigambre vasta, una de cuyas vertientes es la de los cosmistas rusos, con Nikolái Fëdoror como su mayor exponente. Su propuesta, formulada como la “causa común”, propulsaba el objetivo máximo de elevar al Hombre a la altura de Dios. En la procura de ese logro, se debía esperar y alentar una revolución, en este caso tecnológica, que ofreciera los recursos necesarios para ganarle a la muerte y, también, para conquistar otros planetas.



El movimiento de los cosmistas tenía su contrapartida más occidental con el transhumanismo. La idea compartida era la de liberarse de las limitaciones de la naturaleza, confiando en la razón y en las posibilidades tecnológicas, para que la humanidad gozara de una existencia inmortal y sin sufrimientos.

Posiblemente todos los ritos de conservación del cuerpo muerto –por ejemplo, la momificación– compartan la intención de preparar el cuerpo para su resurrección. Sin embargo, una diferencia es que, mientras que para ciertas culturas, el muerto debía estar en condiciones para su nueva existencia en el otro

mundo, el mundo de los muertos, el cielo, etc., en el caso de los cosmistas y transhumanistas, la persistencia de la vida iba a tener lugar en este mundo.

Un exponente del transhumanismo, Julian Huxley, hermano de Aldous, dijo que “La especie humana puede, si se lo propone, trascenderse a sí misma –no simplemente de manera esporádica, un individuo aquí de una forma y allá otro individuo de otra– sino en su integridad como humanidad.” Este misticismo científico, la noción de una humanidad enaltecida espiritual y tecnológicamente gracias al conocimiento científico, proclamaba una intencionalidad universal, una utopía bienintencionada.

Según los principios cosmistas, los seres humanos debían dejar atrás sus diferencias y organizar sus esfuerzos para eludir el alcance la muerte, no de unos pocos, sino de todos y, a continuación, expandirse hasta alcanzar la interplanetariedad: superados los límites temporales de la vida, se estaría listo para romper las ataduras espaciales y diseminar la revolución por todo el universo. La inmortalidad iguala al Hombre a Dios y a los Hombres entre sí.

En contraste, los proyectos criogénicos de hoy día tienen un carácter individualista, con un sustento filosófico menos definido, si es que lo tienen. La aspiración a la inmortalidad y a la conquista del universo son menos una revolución de la especie que una aspiración elitista, en manos de grandes compañías destinadas a usuarios con recursos económicos despilfarrables. Pongamos por ejemplo a Raymond Kurzweil, un transhumanista del s. XXI, quien propuso la teoría de la “Singularidad Tecnológica”, según la cual el desarrollo de la Inteligencia Artificial provocará una aceleración exponencial del progreso humano en todos los niveles, de tal modo que la inteligencia humana podrá abandonar su soporte orgánico para fusionarse con el Universo. Esto resulta, a simple vista, muy semejante a lo que pensaban sus predecesores del siglo pasado, sin embargo, Raymond está parado en otro lugar: hoy

es el de presidente de California Life Company -CALICO-, empresa de Google, que investiga la manera de enlentecer, detener o revertir el envejecimiento, mediante fármacos o productos de esa índole.

Fiódorov había temido que “los millonarios pudieran infectar otros planetas con su explotación extractivista”, y parece haber estado bien rumbeado si se piensa en proyectos como SpaceX.



7) La niña criopreservada

En el 2015 una niña de dos años fue criopreservada. La niña padecía una enfermedad terminal y los padres tomaron esa decisión diciendo que “como científicos [los padres son científicos] estamos convencidos de que será posible traerla a la vida algún día, sólo que no sabemos cuándo. En el pasado, podríamos haber pensado que esto tomaría 400 a 500 días, pero ahora podemos imaginar que puede ser posible en sólo 30 años.”

La opción que eligieron fue, increíblemente, criopreservar el cerebro de la niña, confiando en que “los pensamientos y la

personalidad” de la niña quedaría preservada en su cerebro y podría, en algún momento, ser suficiente para que su vida sea reconstruida. Los padres también decidieron criopreservar sus cuerpos aunque admiten que “existen muy pocas chances de volver a estar con su hija en sus nuevas vidas”.

8) Opinión

Es difícil opinar respecto de las decisiones tomadas en un contexto de sufrimiento, de duelo, de sentimiento de pérdida, etc., pero, por lo pronto, y con respecto a la decisión de los padres, resulta un poco retorcido lo que decidieron.

En principio, suponen que sólo la cabeza/cerebro conforma la subjetividad de un ser humano, en desdén de la impronta del resto del cuerpo en el psiquismo -más de un psiquismo en desarrollo; además, se está asumiendo que una niña de dos años dispone de una personalidad definida y que la misma no sufriría ningún cambio si es que algún día, revive sabiéndose que es sólo una cabeza o una cabeza con el cuerpo de otro ser humano!

Por otra parte, ¿en beneficio de quién se toma una decisión así?, ¿cuál podría ser el beneficio que obtenga una niña a la que despiertan, un poco al modo de la Bella de Poor Creatures, en otro contexto, en otro mundo, sin sus padres o con sus padres congelados en unos tubos?

¿Cómo funciona el proceso de duelo para alguien cuyo ser querido está en estado de criopreservación? ¿Se puede abordar la aceptación de esa pérdida si no se la considera pérdida del todo?

Mientras la diada salud mental-escándalo se enfoca en el suicidio asistido, la criopreservación se mueve protegida de esa mirada gracias a la protección que da la penumbra de lo que se considera un capricho de ricos y famosos, una extravagancia, a fin de cuentas, algo de ciencia ficción... por ahora.

La muerte del amor por la muerte

Victor Pagano

“No puedo definir lo que sentí en ese momento, todo lo que se siente con una mujer viva no es nada en comparación.”¹

Sargento Bertrand

Una *machine infernale* para el vampiro de Montparnasse

Es sabido que cuando Richard von Krafft-Ebing publicó su *Psychopatía Sexualis*, tomó la precaución de ocultar los detalles más escabrosos de sus relatos -al menos para el espíritu de la época- detrás de las palabras en latín. La historia canónica de la sexología suele resaltar lo infructuoso de tan noble y recatado intento, dado que el libro se convirtió en un *best-seller* de todas maneras, que se leía de manera tan culposa como ávida. Otras versiones, quizá más maliciosas o menos ingenuas, sostienen que es imposible que el autor no supiese que el latín se enseñaba en los colegios, y que su intento de codificación no era más que un afectado pundonor. En todo caso, y curiosamente, las vueltas de la historia han vuelto más críptico el texto para nosotros que para sus contemporáneos, obligándonos a salvar esa pretendida encriptación o bien estudiando latín *ex profeso*, o bien con las comodidades siempre inciertas que nos ofrecen los traductores en línea. De los relatos que pueden leerse allí, al día de hoy algunos

¹ “Je ne puis définir ce que j'éprouvai dans ce moment, tout ce que l'on éprouve avec une femme vivante n'est rien en comparaison.”

dan risa, como los de los ladrones de trenzas que tan bien caracteriza Deleuze en su curso sobre Sacher-Masoch. Otros, como el caso de un tal Gruyo, reseñado por Lombroso y citado por Krafft-Ebing, nos resultan particularmente espeluznantes.

Pero de entre las decenas de casos recolectados por el autor, tanto por noticias históricas, periodísticas o reseñas de sus colegas, hay un caso en particular que ha llamado la atención de cronistas e historiadores desde siempre, y que se convirtió en paradigmático: es el caso del sargento François Bertrand, francés. Es un caso famoso que fue tratado originalmente por Marchal de Calvi. Años más tarde, en la séptima edición de su famoso *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs* Ambroise Tardieu publica una muy breve reseña de lo que considera el “último grado al que puede arribar la perversión del instinto sexual”. Junto con su reseña publica un manuscrito del mismo Bertrand -a modo de memoria de sus actos- y una carta que dirigiera también Bertrand al periódico *Union médicale*, a fin de corregir algunos errores que habían publicado sobre él. Será de estas fuentes de donde lo tomará Krafft-Ebing y además será su libro quien termine de convertirlo en un caso histórico famoso.

No tiene sentido extenderse en el caso -no nos interesa particularmente para este texto- pero sí reseñarlo brevemente. El mismo Bertrand comenta su progresión: comienza con la masturbación a una edad que no puede determinar, sin esconderse de nadie y sin que nadie le enseñara. A partir de los 9 años comienza a pensar en mujeres, y ocasionalmente en hombres, aunque esto le disgustaba generalmente. Luego comenzará a mutilar cadáveres de animales domésticos que encuentra muertos, y poco tiempo más tarde comienza a mutilarlos todavía vivos. Ya para 1846, a los 23 años, había comenzado a fantasear con desenterrar cadáveres, en particular los de la fosa común del cementerio del Este (en París), pero no lo lleva a cabo por miedo.

En 1847 su regimiento es destinado a la pequeña villa de Bléré, y paseando al mediodía con los amigos, la “curiosidad”, según escribe, lo hace entrar al cementerio. Una persona había sido enterrada en la víspera, pero los sepultureros habían

sido sorprendidos por una fuerte lluvia y, dejando la tumba a medio rellenar junto con sus elementos de trabajo, habían ido a refugiarse. Viendo esto, dirá Bertrand que “me vinieron las ideas más negras, tuve un violento dolor de cabeza, mi corazón latía con fuerza, ya no me poseía más”. Inventó un pretexto acerca de volver a la villa para separarse de sus camaradas y retornó al cementerio. Tomó la pala y comenzó a desenterrar el cadáver, y cuando hubo terminado, sin tener ningún elemento cortante como para mutilarlo, comenzó a pegarle por la misma pala que había utilizado hasta el momento. El ruido atrae a un trabajador de la viña vecina: Bertrand se esconde acostándose en la misma tumba. El viñador corre a alertar a las autoridades, y Bertrand tapa nuevamente el cadáver con tierra y se escapa por uno de los muros del cementerio.

En los meses siguientes, al ritmo de los sucesivos traslados de su regimiento, se producen nuevas profanaciones: mutilaciones, evisceraciones y canibalismo se acumulan. Lo mismo ocurre con vigilancias, escapes y propósitos íntimos de enmienda. El 10 de marzo de 1848 se encuentra, en el cementerio de Douai con un cadáver de una joven adolescente, que abraza contra su corazón y, según cuenta, le prodiga “todas las caricias que un amante apasionado puede hacerle al objeto de su amor”. Es la primera vez que se libra a los “excesos impúdicos”, y es a ese cadáver en particular a quien le dedica las palabras del epígrafe.

Nuevos traslados y nuevas profanaciones, especialmente en el cementerio que le otorga el mote de “El vampiro de Montparnasse” en los medios de la época. Se inicia una investigación, se detectan huellas cerca del muro de cementerio y se instala una *machine infernale*, una trampa que al ser activada disparaba metralla. La máquina se activa en la noche del 15 al 16 de marzo de 1849. Herido con gravedad, Bertrand es tratado en el hospital militar de Val-de-Grâce. Marchal de Calvi, que lo atiende allí, logra su confesión. Es sometido a un concejo de guerra. La pena: un año de cárcel. Al fin y al cabo, no era otra cosa que un monomaniaco.

Algún día contaremos la historia completa de Bertrand, en honor a quien -si cabe la palabra “honor”- Joseph Guislain acuñó el término *necrofilia*, de acuerdo a lo que queda registrado de sus *Leçons orales sur les phrénopathies*. Pero es sobre necrofilias y otras parafilias que vamos a escribir hoy.

Las intermitencias de la necrofilia

En 1844, apenas dos años antes de que comenzaran las desventuras necrofilicas de Bertrand, Heinrich Kaan publica la primera *Psycopathia sexualis*, inaugurando un género que, con títulos similares, se extenderá hasta fines del siglo XIX. La teoría de Kaan -y con sutilezas más o sutilezas menos podría encuadrarse toda sexología de la época en los mismos lineamientos- es que existía un instinto sexual, un *nisus sexualis*, que compelia a los seres humanos al coito reproductivo. Pero como el instinto humano estaba alterado por la cultura, que lo limitaba en cuestiones de edad, parentesco, situaciones o clases sociales, etcétera, aparecían determinadas desviaciones de ese instinto. Para Kaan, esas desviaciones se dividían en seis tipos: el onanismo (*Onania sive masturbacio*); la pederastía (*Puerorum amor*); lo que él denomina “amor lésbico” (*Amor lesbicus*) y que incluía ambas formas de homosexualidad; la necrofilia (*Violatio cadaverum*), todavía sin su nombre; la zoofilia (*Concubitus cum animalibus*) y una muy particular, pero que a Kaan le preocupaba mucho, la violación de estatuas (*Expletio libidinis cum statuis*)².

Es notable, entonces, que desde el nacimiento mismo de las catalogaciones de las patologías sexuales la necrofilia ha acompañado la historia de la sexología. Ahora, si revisamos la CIE-11, ya no la encontramos, o al menos no a simple vista: la han escondido dentro de una de esas categorías misceláneas que tan buenos servicios rinden en cualquier nosografía. En este caso la categoría se titula, ominosamente, “Otro trastorno parafílico especificado que involucra a individuos que no dan su consentimiento”. Además, el término “necrofilia” ya no aparece mencionado como tal, sino que es reemplazado por

2 Sin ningún tipo de evidencia para sostenerlo más que la presencia de algunas estatuas en su retrato, nos animamos a sugerir que la última de estas parafilias era un problema principalmente para el propio descubridor.

un circunloquio que termina identificándola con la zoofilia, definiéndolo como un trastorno parafílico que involucra deseos intensos o conductas sexuales que involucran a personas:

...que no están dispuestos o no pueden dar su consentimiento y que no está específicamente descrito en ninguna otra categoría de los trastornos parafílicos (p. ej., patrones de excitación que involucran a cadáveres o animales).

La necrofilia ha muerto, y esto la crónica de su muerte anunciada. Sin embargo, su presencia a lo largo de esta historia no ha estado exenta de vaivenes. Y no nos referimos a la necrofilia en sí como práctica –como “evento que ocurre en el mundo de las cosas”-, que probablemente sigue manteniendo su existencia oscura y subterránea que le resulta tan apropiada, sino a su nominación en las grandes clasificaciones de enfermedades al uso. Veamos primero a qué nos referimos con sus vaivenes y luego por qué hablamos de su muerte.

Cuando revisamos las sucesivas ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, veremos que lo que hoy llamamos parafilias aparecían caracterizadas de maneras diferentes. En la versión 6, de 1948, que es la que inaugura la serie bajo ese nombre (antes era principalmente un listado de causas de muerte), nuestras actuales parafilias aparecen mezcladas en un único punto con nuestras orientaciones sexuales bajo el signo de las *desviaciones sexuales*, e insertadas dentro de las personalidades patológicas.

320 Personalidad patológica	
320.0 <i>Personalidad esquizoide</i> Personalidad esquizoide	
320.1 <i>Personalidad paranoide</i> Personalidad paranoide	
Esta rúbrica excluye la paranoia y los estados paranoides (303).	
320.2 <i>Personalidad ciclotímica</i> Personalidad ciclotímica	
320.3 <i>Personalidad inadecuada</i> Inferioridad constitucional	Personalidad inadecuada NOS
320.4 <i>Personalidad antisocial</i> Estado psicopático constitucional Personalidad antisocial	Personalidad psicopática : NOS con tendencia antisocial
320.5 <i>Personalidad asocial</i> Deficiencia moral Mentiroso patológico Personalidad asocial	Personalidad psicopática con tendencias amorales
320.6 <i>Desviación sexual</i> Desviación sexual Exhibicionismo Fetichismo	Homosexualidad Sadismo Sexualidad patológica
320.7 <i>Otras y las no especificadas</i> Personalidad patológica NOS	

El término “necrofilia” ni siquiera aparece mencionado, y es de suponer que junto con la zoofilia debían quedar velados bajo el concepto de “Sexualidad patológica”. Esto cambia con la CIE-7, donde si bien el cuadro se mantiene igual en lo que respecta a nuestro tema, la necrofilia ya aparece mencionada en el índice asociada al mismo código (320.6). En la octava edición, que data de 1965, ya aparece un listado bastante más exhaustivo de desviaciones, incluidas dentro de los trastornos mentales, donde la necrofilia aparece mencionada en el cajón de sastre de la categoría, junto con el narcisismo y el masoquismo entre otros. En este caso, puede resultar curioso a nuestros ojos que el *Exhibicionismo* cuente con su propia codificación (302.4) pero lo que parece ser su contraparte, el *Vouyerismo* ingrese a los bajos fondos de la sexualidad. Hoy ambas gozan de carta de ciudadanía como patología.

302 Desviación sexual

Excluye: la asociación con afecciones somáticas (309)

302.0 Homosexualidad

Lesbianismo (amor lésbico) Sodomía

302.1 Fetichismo**302.2 Pedofilia****302.3 Transvestismo****302.4 Exhibicionismo****302.8 Otras**

Erotomanía

Ninfomanía

Masochismo

Sadismo

Narcisismo

Voyeurismo

Necrofilia

302.9 No especificada

Desviación sexual SAI

Sexualidad patológica SAI

En la edición 9 simplemente desaparece para reaparecer en la 10, de 1992, bajo el signo de los *Otros trastornos de la preferencia sexual* (F65.8), dentro de una descripción que vuelve a ligarla con la zoofilia y a mezclarla con nuevas formas de excitación, que podían incluir un fenómeno que terminó siendo relativamente fugaz, el de las llamadas telefónicas:

Una diversidad de otros rasgos de la actividad y de la preferencia sexual, tales como la realización de llamadas telefónicas obscenas, el frotarse contra otras personas para lograr estimulación sexual en lugares públicos atestados, la actividad sexual con animales, o el uso de la estrangulación o de la anoxia para intensificar la excitación sexual.

Dentro de esta descripción se mencionan únicamente dos categorías: el froteurismo y la necrofilia. Y hemos comentado ya la situación en la versión actual, que liga todo el problema a la cuestión del consentimiento.

¿Qué pasó mientras tanto con la clasificación rival de la Clasificación Internacional de Enfermedades? Algo no muy diferente en realidad. En el *Diagnostic and Statistical Manual*

of *Mental Disorders* la necrofilia también tuvo sus vaivenes. En la primera edición, de 1952, que marca la ruptura además con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, no aparece mencionada, aunque la descripción de las *Sexual deviations* permitiría incluirla allí en tanto:

The term includes most of the cases formerly classed as “psychopathic personality with pathologic sexuality.” The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation).

En la segunda edición sí aparecerá mencionada en el índice pero no listada, y caerá también en esas misceláneas de la enfermedad, situación que se repetirá en el DSM-III -recordemos de paso que esta edición, de 1982, es la que elimina la homosexualidad. Allí será una de las *Atypical Paraphilia* (302.90), categoría descrita como una “residual category for individuals with Paraphilias that cannot be classified in any of the other categories”. Sus compañeras serán la coprofilia, el froterismo, la misofilia, la “escatología telefónica” y la urofilia. La zoofilia (302.10), en cambio, contaba con su propia codificación y sus propios criterios diagnósticos. Muy similar será la situación en el DSM-IV, pero ya bajo una codificación nueva, F65.9, quedará debajo del signo de las parafilias no especificadas y al listado sugerido se sumará el “parcialismo”, la excitación por una parte particular del cuerpo.

Es interesante para nuestro tema cierto giro que comienza a tomar forma aquí y que se consolidará no sólo en el DSM-V sino también en la CIE-11. Ese giro será un alejamiento progresivo de la cuestión de la *desviación* o de la *perversión*, hacia una lógica de la falta del consentimiento, del daño o del deterioro personal. Comparemos para esto la definición de parafilia entre el DSM-III y el IV, primeramente.

En el DSM-III, se dice de las parafilias que la característica esencial de este desorden es la necesidad de parafernalia inusual o bizarra para la excitación sexual, y que

esta parafernalia tiende a ser insistente e involuntariamente repetitiva e implica la preferencia de usos de objetos no humanos, la actividad sexual con humanos involucrando sufrimiento o humillación real o simulada, o actividad sexual con parejas que no dan su consentimiento³. La definición que brinda el DSM-IV es parecida, pero no igual: lo que desaparece es esa referencia lo inusual y lo bizarro, dejando algo huérfana a la clasificación. Pero también aparecen algunos otros cambios.

En todo lo que se refiere al Criterio A, se mantiene en primer lugar lo de los “objetos no humanos” (*nonhuman objects*); aunque uno podría suponer, en la propia ingenuidad, que cuando se trata de sexo con objetos sería más bien positivo el hecho de que fueran no humanos: Probablemente un resabio de la idea de perversión, y una industria de “sex toys” todavía incipiente se filtraban en esa descripción⁴. En el segundo criterio también hay un cambio: del sufrimiento real o simulado (*repetitive sexual activity involving real or simulated suffering or humiliation*), la caracterización del DSM-IV se restringe al sufrimiento real (*the suffering or humiliation of oneself or one's partner*), en lo que probablemente se vea una concesión a las prácticas del BDSM. En última instancia, una referencia a niños o personas que no consienten (*children or other nonconsenting persons*) que podemos interpretarlo como un intento, acertado, de no llamar “parejas” (*partners*) a quienes no pueden brindar o no dan su consentimiento⁵.

Esta descripción del criterio A se ve ahora complejizada por la descripción del criterio B: para algunos individuos las parafilias deben satisfacerse obligatoriamente, en algunos solo episódicamente, como en períodos de stress. Para la pedofilia, vouterismo, exhibicionismo o froterismo únicamente si la persona actuó, o si estas fantasías provocaron

3 “The essential feature of disorders in this subclass is that unusual or bizarre imagery or acts are necessary for sexual excitement. Such imagery or acts tend to be insistently and involuntarily repetitive and generally involve either: (1) preference for use of a nonhuman object for sexual arousal, (2) repetitive sexual activity with humans involving real or simulated suffering or humiliation, or (3) repetitive sexual activity with nonconsenting partners.”

4 Y aunque esto podría dar pie a sospechar que la idea de necrofilia merodea esta caracterización sobre el uso de “objetos humanos”, preferimos confesar que se trata de un chascarrillo de nuestra parte.

5 Transcribo aquí la descripción completa: “The essential features of a Paraphilia are recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors generally involving 1) nonhuman objects, 2) the suffering or humiliation of oneself or one's partner, or 3) children or other nonconsenting persons that occur over a period of at least 6 months (Criterion A).”

distress o problemas interpersonales (“if the person has acted on these urges or the urges or sexual fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty”). Para el caso del sadismo el criterio es el mismo, pero si la acción es llevada a cabo con personas que no consintieron, y con el resto de las parafilias si provocan dificultades en diferentes áreas de funcionamiento del individuo. Como se puede ver, el eje ya se desplazó: de la personalidad desviada, se pasó al criterio del acto que no pudo ser conservado únicamente como fantasía y a los inconvenientes que pueden implicar estas fantasías para la persona. ¿Una especie de “riesgo de daño para sí y para terceros”? Podría ser.

En el DSM-V el nivel de complejización ya da un nuevo paso: En primer lugar, este mismo criterio del “riesgo” se consolida para establecer un desdoblamiento del concepto. Ya se hablará de *parafilias* y de *trastornos parafilicos*, siendo estos los únicos considerados patológicamente relevantes, y cuya caracterización estará dada por criterios similares a los antes mencionados: el acto o el perjuicio personal. Los trastornos parafilicos incluidos en esta versión del manual serán el voyeurismo, el exhibicionismo, el frotteurismo, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, la pedofilia, el fetichismo y el travestismo. Y, con la correspondiente explicación de que se han detectado decenas de parafilias y que potencialmente todas pueden convertirse en trastornos, acompaña el ya inveterado “cajón de sastre”: *otro trastorno parafilico especificado* y *otro trastorno parafilico no especificado*. Dado que existe esta última categoría -algo así como la Primera B o la Fórmula 2 de las parafilias-, que funciona como un transformador de parafilias a trastornos parafilicos, podríamos preguntarnos por qué no dejar únicamente ese título y describir, en última instancia, en qué consiste el trastorno en cada caso⁶.

Aunque no se muestre del todo convincente, al menos al criterio de este humilde cronista, el mismo manual da una respuesta de por qué se han listado estos ocho: *son los más frecuentes en relación con las demás parafilias* y, en algunos de ellos, *las acciones necesarias para llevar a cabo su satisfacción implican nocividad, daño a los demás, o la posibilidad de ser*

6 Quizás el recuerdo de la proliferación de monomanías sirva como advertencia desde lo profundo de la memoria de la psiquiatría. Pero no es más una hipótesis, que veo poco probable.

*clasificadas como ofensas criminales*⁷. Así que tenemos dos criterios principales para la inclusión en la lista. Ahora, muy curiosamente, de la mayoría de estos trastornos se dirá que no hay datos de prevalencia -incluso ni siquiera se mencionan en algunos- o que los que existen son aproximados, por lo que parece sostener la clasificación es, en realidad, nuevamente el criterio del riesgo.

Veamos un caso. Si se eligieron únicamente ocho trastornos parafilicos sobre decenas posibles y se utilizaron principalmente dos condiciones, es de esperar que las condiciones sean lo suficientemente fuertes y que los casos, siendo escogidos tan precisamente desde una lista tan amplia, los cumplan acabadamente (¿no?). Veamos qué pasa con el caso del *masoquismo sexual*.

Si volvemos a mirar hacia atrás momentáneamente, veremos que en el DSM-IV, se dice que “[l]a característica esencial del masoquismo sexual consiste en el acto (real, no simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento”⁸. Un primer problema sería establecer qué diferenciaría al acto real del simulado, ¿la idea de “jugar” a ser golpeado con una fusta caería fuera de la descripción? ¿El ser atado de forma tal que sea posible escaparse fácilmente? Imagino que sería ese estilo de cosas las que se tendrían en mente cuando se incluyó esa diferenciación. Pero había un problema -y debía ser un problema dado que hubo un cambio en la edición siguiente- que pasaba por el hecho de que la enumeración de actos en los que expresaba la parafilia eran coincidentes -ampliamente, sospechosamente coincidentes- con las prácticas de sumisión del BDSM: restricción de movimientos (sumisión física), supresión sensorial, distintos tipos de golpes, perforaciones y “humillaciones”, de las que se da una lista pintoresca: ser orinado o defecado, ser forzado a arrastrarse y ladrar como un perro, ser sometido a insultos verbales, ser travestido, infantilizado (usar pañales y chupetes, gatear, etc.).

7 “...they are relatively common, in relation to other paraphilic disorders, and some of them entail actions for their satisfaction that, because of their noxiousness or potential harm to others, are classed as criminal offenses.”

8 “The paraphilic focus of Sexual Masochism involves the act (real, not simulated) of being humiliated, beaten, bound, or otherwise made to suffer”

En la edición V, ya se hace uso de los dos criterios (A y B) que mencionamos antes:

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El criterio A es, como vimos, una descripción somera de la especificidad de la parafilia. El criterio B, que es lo que transforma a la parafilia en trastorno parafilico, satisface nuestra hipótesis del “giro” de la psiquiatría (en su vertiente sexológica) sobre el tema: tiene que causar malestar clínico significativo (*clinically significant distress*) y cierto deterioro (*impairment*) en diferentes áreas de la vida social. Lo que pueda tener de “trastorno” se condensa en esta última idea, con lo cual vemos que las acciones que abarca pueden perfectamente ser las mismas descritas en la edición anterior, solo que ahora ya no serían *por sí mismas* patológicas, sino en el contexto que se presentan. Y esto, en tanto resulten problemáticas (angustiantes para la propia psique, perjudiciales en las relaciones interpersonales) en ese contexto. Ahí podemos ver claramente el giro desde el *desvío* o la *perversión* al criterio del daño o la nocividad.

Ahora volviendo al segundo de los dos grandes criterios generales para la selección de los trastornos parafilicos -es decir, la prevalencia, ya descartada, y el criterio de la nocividad o el daño-, resulta en un ejercicio reflexivo desafiante preguntarse en este caso, o en el caso del fetichismo, por ejemplo, cuáles podrían ser esas situaciones de deterioro social o laboral aparejadas a la parafilia. Es claro que no hablamos del perjuicio, ni del daño o del crimen, en tanto se trata de prácticas consensuadas -esto no cuenta, sin embargo, para los

casos de *sadismo sexual*. Por tanto, este segundo gran criterio ya se ve fuertemente restringido.

Si vamos al deterioro social y laboral ¿qué tipo de deterioro podríamos imaginar en estos casos? Resulta algo disparatado pensar que esa parafilia se traduzca en el deseo de ser azotado en el escritorio de trabajo frente a los demás compañeros, de forma tal de convertirse en trastorno. Podemos pensar, por ejemplo, el llegar con marcas propias de las sesiones BDSM al trabajo y que esto resulte en un problema, pero ahí hay que preguntarse si el trastorno está en la sexualidad de la persona o en la dificultad de adecuación con ciertas normas de decoro laborales, y en todo caso ¿eso es “patologizable”? Y ese malestar significativo que generan, ¿no podría ser por tanto también una consecuencia de ese mismo contexto? Pudiera ser que el contexto adverso fuera el que generara la angustia, y angustia frente a esa sensación de “desviación” que se siente con esa excitación particular. Pero esto, y dando un salto importante, ¿no es similar en algún punto a las consultas por “homosexualidad” durante el siglo XX? Mirado desde este lado de la historia, podríamos pensar que sí⁹. Y si así fuese ¿no podría pensarse lo mismo de las dificultades que enfrenta una persona homosexual en un contexto social especialmente adverso, una familia o una comunidad especialmente tradicional, observante de prácticas religiosas que la prohíben? ¿Sería ya disparatado pensar que las “terapias de reorientación sexual” buscan llenar ese espacio frente a la propia sexualidad? Probablemente, pero en todo caso estas preguntas no dejan de mostrar lo endeble que resultan estas (como tantas) clasificaciones.

Para cerrar ya esta sección, volvemos al listado de las parafilias en la CIE-10 y la CIE-11, a ver si estas preguntas respecto del criterio nos dan alguna guía para pensar el proceso general. Nos habíamos concentrado en la necrofilia, pero habíamos mencionado el conjunto de parafilias: es hora de mirar el mapa completo. La CIE-10 mantenía pocas parafilias no relacionadas con problemas del consentimiento: el fetichismo, el fetichismo travestista y el masoquismo dentro

9 ¿Era esto lo que contemplaba la Orientación sexual egodistónica (F66.1) de la CIE-10? Parece serlo, al menos en parte. Su descripción reza: “No existen dudas sobre la identidad de género o la preferencia sexual (...), pero el paciente desea que esto sea diferente por los trastornos psicológicos y del comportamiento asociados, y puede solicitar tratamiento para cambiarlas.”

de la categoría más amplia del sadomasoquismo. Como dijimos, la CIE-11, por su parte, casi elimina por completo los contenidos referentes a la *perversión*, pero veamos el caso más de cerca. Las primeras parafilias listadas caen sin duda dentro del eje de daño, como falta de consentimiento, y son el Trastorno exhibicionista (6D30), el Trastorno voyeurista (6D31), el Trastorno pedofílico (6D32), el Trastorno por sadismo sexual coercitivo (6D33) y el Frotismo (6D34). Hasta aquí no hay dudas, y es interesante y significativo que se agregue lo de “coercitivo” al sadismo sexual, al mismo tiempo que la descripción explícita que se “excluye específicamente al sadismo y masoquismo sexual *consensuado*”.

Quedan dos casos problemáticos, que son los dos “cajones de sastre” de la clasificación:

El primer cajón de sastre es el *Trastorno parafilico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento* (6D36) y que según la definición se caracteriza por el patrón de excitación sexual atípica, que involucran a adultos que dieron su consentimiento o son conductas en solitario. Hasta aquí, parecería que tenemos una vuelta al eje de la *perversión*. Pero esa no es toda la historia, en esa atipicidad tienen que aparecer al menos uno de dos elementos: la persona debe experimentar un marcado malestar por ese patrón de excitación y, además, quizá viendo los problemas que señalábamos antes con el masoquismo en el DSM-V, ese malestar no es únicamente la consecuencia del rechazo o temor al rechazo de los demás por culpa de ese patrón. Y, por último, recurriendo también a la nocividad, ese comportamiento debe involucrar un riesgo importante de lesión o muerte para el individuo, como por ejemplo en la asfixiofilia.

Y el segundo “cajón de sastre”, que ya lo hemos mencionado, es el cajón (¿o el ataúd?) en el que ha caído la necrofilia, titulado, como dijimos *Otros trastornos parafilicos que involucran a personas sin su consentimiento* (6D35). Hemos citado parte de su definición pero, para comodidad de nuestro estimado (y acaso algo remolón) lector, lo citaremos nuevamente de manera completa:

El trastorno parafílico de otro tipo que involucra a individuos sin su consentimiento se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales en donde el objeto del patrón de excitación involucra a otros que no están dispuestos o no pueden dar su consentimiento y que no está específicamente descrito en ninguna otra categoría de los trastornos parafílicos (p. ej., patrones de excitación que involucran a cadáveres o animales). El individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno excluye específicamente las conductas sexuales que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas, siempre que tengan la capacidad de dar su consentimiento.

Pero Bertrand nos sugiere una pregunta extravagante, absurda, completamente delirante: según esta definición, si una persona fallecida hubiese firmado alguna especie de consentimiento con alcance *post mortem* para el uso erótico de su cadáver, ¿eso alcanzaría para excluirla de una forma patológica de sexualidad? De ser así, Armin Meiwes, apodado “el Caníbal de Rotemburgo” podría sentirse finalmente desagraviado, pero eso ya es otra historia.

Clasificaciones (y nervios) estallados para concluir

Hemos ido analizado a lo largo del texto algunas clasificaciones al uso para pensar ciertas sexualidades que, por diferentes motivos, han sido consideradas como patológicas. Si ha quedado bien escrito, no diré que he alcanzado a demostrar, pero sí quizá a indicar o sugerir que desde Kaan a la CIE-11 uno de principales cambios que pueden apreciarse en esa progresión histórica de las parafilias ha sido el desplazamiento desde la cuestión de la desviación hacia el problema del consentimiento (mejor, de la falta de él). Sería ingenuo asombrarse de la coincidencia tan marcada entre criterios de

validación moral de la sexualidad y criterios de validación sexológica, psiquiátrica o médica.

Ya Foucault, en *Historia de la Locura en la Época Clásica*, al analizar la evolución de las clasificaciones de la locura entre Plater (1609) y Weickhard (1790) señalaba que el intento de cuño positivista de esa actividad clasificadora, al querer clasificar únicamente según las señales visibles, terminaba tropezando siempre con la aparición de un principio que altera el sentido de la organización. Esa alteración tomaba dos formas principales: la de una denuncia moral o la de un sistema causal; y ese principio ajeno que se terminaba filtrando no era otra cosa que la sinrazón (*déraison*).

Creo que esto que mencionaba Foucault también nos ayuda a pensar el tema que hemos propuesto aquí: el consentimiento como principio moral de la sexualidad fue de alguna manera colonizando las concepciones médicas sobre la sexualidad, al precio de tener que esconder la posibilidad misma de pensar toda forma de desviación, por más repugnante que resulte como la necrofilia, o por más detestable que se muestre, como la pedofilia. De proseguir (o profundizarse, si cabe) este proceso, sólo se podrán mirar estas antiguas desviaciones a través del lente de los problemas del consentimiento. O para decirlo de otra manera (de una “arjonesca” manera que espero me disculpen), el problema no es el deseo de sexo con un cadáver, el problema es que el cadáver no haya dicho que sí. Reemplácese en la frase anterior el término “cadáver” con “animal”, “niño”, “espectadora sorprendida de una exhibición de genitales”, “pasajera de colectivo” y obtendrá no solo el listado vigente de trastornos parafilicos sino acaso también un éxito radiofónico.

Pero comenzamos con Krafft-Ebing y con Deleuze y vamos a terminar también con ellos. Para que no se sospeche que lo único que hemos leído es a Foucault, volveremos a citar un divertido pasaje de Deleuze en su curso sobre Sacher-Masoch. Allí contará, en una nota al pie, que *Psychopathia sexualis* de Krafft-Ebing, en la edición revisada por Moll, es la más grande compilación de casos de perversión más abominables. Y en

estos casos se relatan los diferentes crímenes, bestialidades, despanzurramientos y necrofilias, con la necesaria sangre fría científica y sin la menor pasión ni juicio de valor. Pero en la observación 396, destinada a los fetichistas cortadores de trenzas, el comentario cambiará de registro y señalará que esta gente es tan peligrosa que habría que encerrarla por largo tiempo en un asilo hasta que, eventualmente, se curen. Dirá también que no son merecedores de piedad, y que cuando piensa en el dolor inmenso causado a la joven que se ve privada de su cabellera le resulta incompresible que no se los encierre ya por tiempo indefinido. Y concluye Deleuze su anotación:

Semejante estallido de indignación contra una perversión modesta y benigna obliga a pensar que el autor está inspirado por poderosas motivaciones personales que lo desvían de su método científico habitual. Debe concluirse pues que, en el momento de la observación 396, los nervios del psiquiatra han estallado, lo que debe ser una lección para todo el mundo.

Con los nervios destrozados o no, en cualquier caso, creo no cabría decir que se propugna desde estas páginas una vuelta a la moral sexual: la moral sexual sigue existiendo, ha cambiado de formas, y la psiquiatría no ha hecho más que seguir acompañándola. ¿Es posible pensar un momento en que esos dos caminos, el de la moral y el de la enfermedad mental, se bifurquen finalmente? Y ya me imagino una posible repregunta ¿deberían hacerlo?

El nacimiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades: 191 formas de morir

Marcos Zurita

Érase una vez a comienzos del siglo veinte, en Francia....

Todos conocemos la Clasificación Internacional de Enfermedades, la “CIE” como le decimos en una falsa confianza. La última edición es la undécima. Antes, nos acompañó durante mucho tiempo la CIE 10, con quién tuvimos una relación llena de matices (nos la confundimos - muchos aún lo hacen- con el DSM cuando decíamos que los códigos “F.Xx” eran de los norteamericanos cuando en realidad eran de nuestra querida CIE).

La CIE es una clasificación descriptiva cuya aproximación al objeto de estudio usaba las herramientas de la narrativa antes que la de las listas del DSM. Sin embargo, con el suceder de las ediciones, cada vez se parece más a un “DSM en prosa”. Otra derrota europea.

Desde 1955 la CIE es supervisada y publicada por la Organización Mundial de la Salud. Pero en sus comienzos, la CIE no estaba bajo ese paraguas (sobre todo porque no existía, la OMS

fue creada en 1948)

La CIE cero

Jacques Bertillon fué un médico hijo de médico que encontró la trascendencia y su entrada en Wikipedia debido a su *amor* por las estadísticas. El mundo de los datos fue la trama familiar de muchos de los Bertillon: su padre Louis escribió sobre demografía, término inventado, a su vez, por Achille Guillard, abuelo de Jacques. Louis, además de ser padre de Jacques fue el padre de la Escuela de Antropología Francesa. Finalmente, debemos mencionar a su hermano Alphonse, quien no logró estudiar medicina pero se dedicó a una profesión afín: fue policía.

Montado en la misma ola de Lombroso, el hermano Alphonse inventó dos cosas relacionadas entre sí: la antropometría y la fotografía policial. Debemos a él la foto de frente y de perfil de los presos, pensadas para tener la mayor cantidad de datos antropométricos a fin de identificar a los delincuentes. Antes de esto, los delincuentes cambiaban de nombres y la policía se desorientaba. El Petiso Orejudo no hubiese quedado en la historia si sólo se hubiese registrado como Cayetano Santos Godino.

Pero volvamos a Jacques, el Bertillon “bueno para los números”. En 1880 escribió *La Statistique humaine en France*, un libro con datos. La combinación de talento, contactos sociales y pasión por una tarea necesaria pero aburridísima de hacer, lo llevó a ser el Jefe del Servicio de Estadísticas de París y llevar al Congreso Internacional de Viena en 1891 una propuesta de **Clasificación de Causas de Muertes** que fue recibida con algarabía por los concurrentes, entre vahos de éter y tragos de Absenta.

Como todo datofílico, Bertillon se salía de la vaina por sacar conclusiones mientras se bañaba en el sesgo y se secaba con la falacia. De sus registros llegó a la conclusión de que el divorcio provocaba suicidios. Dijo: “la alta frecuencia de suicidios en gente divorciada es un indicador de *gente desbalanceada*”. De esto se agarra Durkheim para afirmar que “allí donde el divorcio es frecuente, el suicidio es frecuente; allí donde el divorcio es raro, el suicidio es raro”. “Dos más dos es cuatro”, agregó.

La CIE 1

En ese clima de época, hubo otro congreso en París en 1900. Y de ahí surge una adaptación de las Listas de Causa de Muertes elaboradas por Jacques Bertillon que fue la piedra basal de la CIE.

La CIE 1 cerró en 191 causas de muerte. Diez años más tarde, para la CIE 2, agregarían las causas de enfermedades no mor-

tales. Y noventa años más tarde, la CIE 10 traería los “Factores asociados a enfermedades”, que nos dió maravillas como: Problemas relacionados con persona que vive sola (z.60.3).

191 maneras de morir

La CIE 1, que podríamos llamar “Las 191 formas de morir a comienzo del siglo XX”, comienza con “Viruela: vacunados”, la segunda es “Viruela:no vacunados” y la tercera “Viruela: dudosos”.

Es hermoso. Una vez que tenían una categoría fuerte (*viruela*), le agregaron una subcategoría para hacerla más asertiva (*no vacunados*) y solo les trajo dudas. Esa duda llevó a una tercera causa que desvirtúa las otras dos (*dudosos*), porque en todo sistema categorial, la duda atrae la subjetividad. Supongamos a Pierre, que estaba vacunado y murió. El médico pregunta a la esposa. La esposa dice “no sé”. Pierre sale del primer grupo y entra en tercero. La cosa (Pierre vacunado) se pierde y lo que se registra es la representación (Pierre dudoso).

Como mito fundacional de la nosografía no está mal. La medicina fue disminuyendo estos sesgos a medida que avanzaban los registros y los métodos diagnósticos (pre y post mortem). En psiquiatría, sin embargo, aún estamos la mayoría de las veces en la CIE 1. Pierre obsesivo, Pierre psicótico, Pierre TLP.

El TOP 10 está ocupado por enfermedades infecciosas. Es una hermosa ventana al mundo antes de que el despelotado de Flemming dejara contaminar las placas de Petri.

Injusto el puesto número 10 para la “Plaga” (que en este contexto habla de las Peste y no de langostas - tampoco de la chica que le gusta bailar-). Por lo menos le gana a la *Fiebre Recurrente* que ocupa el puesto 11 y supera a *Influenza*.

Recién en el puesto número 58 aparece una causa que podríamos tratar los psiquiatras: *alcoholismo*, *delirium tremens* y en el 59 la *adicción al opio y la morfina*. Las adicciones abren una cuña en la clasificación: le siguen los envenenamientos “industriales” por plomo (puesto 60) y fósforo (puesto 61).

Un curiosidad, el cáncer aparece como “carcinoma” en el puesto 68, debajo de la gota (67).

Pero hay otro aspecto de esta CIE 1 que es simpático, por decirlo de alguna manera: hay algunas causas puestas como categorías que son o bien inexplicables por estar contenidas en otras o por su polémica entidad solitaria o simplemente por bizarras. Vamos con una selección de ellas.

84 Ablandamiento de cerebro

Es probable que se refiera a un dato de las autopsias. Lo curioso es que se coloque como una causa de muerte y no un efecto de otra cosa.

159 Caries, necrosis

Hermosa la integración de estas dos situaciones en una categoría.

167 Old Age

Y sí, la gente muere de vieja también. Cómo es morir de viejo sin tener ninguna de las otras 190 formas de morir es un misterio.

Luego vienen unas entradas medio desprolijas, se nota que se querían ir.

169 Tumor

171 Hemorragia

172 Muerte Súbita (sin causa cierta)

173 *Otras causas devenidas de enfermedades* (acá ya divagan, no pueden soltar).

174 *Causas inespecíficas* (otra vez)

y finalmente toda una subcategoría de *Muertes Violentas*, que son espectaculares:

175 *Muertes violentas: en minas o canteras*

176 *Muertes violentas: por vehículos o caballos*

177 *Muertes violentas: barcos, botes o muelles (excepto ahogamiento)*. O sea muertes por disparos, psitacosis - en caso de piratas con loros-, rayos, amor (?) que ocurran en esos lugares específicos. Se podrían haber incluido toda una serie de “Muertes violentas: en la cancha”, “Muertes violentas: en un pelotero de Mc Donalds” y así.

179 *Muertes violentas: Maquinaria* (¿incluido robots asesinos?)

180 *Muertes Violentas: armas e instrumentos* (muy genial que pongan en la misma categoría morir por un arma o por un

instrumento, que no sabemos si se refieren a un instrumento musical -muerte por escuchar un saxo toda la noche-, un instrumento de medición -ahogo en un pluviómetro- o cualquier objeto que tenga una utilidad.

182 Muertes Violentas: Venenos, vapores tóxicos.

183 Muertes Violentas: Ahogamiento (acá van los que se ahogan en barcos, botes o muelles)

185 Muertes Violentas: Caídas (no traumatismos, caídas, acá iría el de “Anatomía de una caída”)

Y el cierre, con todo:

188 Muertes Violentas: Batalla (un homicidio consensuado)

189 Muertes Violentas: Homicidio

Llegados a esta parte de la lista, y habiendo puesto cualquier cosa, a alguien se le ocurre que hay una forma de muerte que se les estaba quedando afuera. Se levanta renovado y grita:

“¡190 Muertes Violentas: Suicidio!”

El murmullo despabila a otro congresista de su letargo, que mientras soñaba con María Antonieta, levanta su dedo índice y dice, con la tranquilidad de quien habla con la verdad:

“191 Muertes Violentas: Ejecución.

Y cerramos con esta, señores”.

In memoriam.

Dr. Einstürzende Neubauten von Laibach.

(1936-2023)

el obituario obligatorio

Mi maestro el Dr. Einsturzende Neubauten, siempre pregonó la soberanía de la clínica, de la escucha (y del pueblo teutón)... Desde el principio nos explicaba a nosotros sus alumnos (“sin luz”, nos aclaraba, siempre generoso en su conocimiento de la etimología) la importancia de, como él la llamaba, la “oreja clínica”.

Sus detractores lo atacaron más ferozmente a partir de que alcanzó, digamos, la madurez de sus ideas... Lo llamaban “la oreja cínica”, o a veces incluso “la oreja de Van Gogh”, en alusión a su incipiente e irreversible pérdida de la audición. En ocasiones, a un espectador poco avezado, sí, podía parecerle cínico que respondiera a los pacientes únicamente con frases como “Eso Usted nunca lo dijo”, “No lo escuché”, “¿Usted quién era?”, o “Vamos a dejar acá por hoy”... algunos -yo aclaro que nunca estuve entre ellos-, empezaron a decir que se solapaban la sordera con la demencia, pero yo nunca creí en los diagnósticos comórbidos...

Yo creo que el Dr. Neubauten, como le decíamos al maestro, fue alcanzando paulatinamente ese nivel de erudición abstracta

reservado para los genios adelantados a su época. Esas preguntas eran filosas intervenciones destinadas a iluminar lo profundo del alma del consultante, confrontándolo con la fugacidad de los recuerdos, la soledad de la existencia humana en un mundo indiferente, nuestra propia ignorancia sobre quiénes somos en realidad y la finitud irreversible del tiempo (sí, a veces después de una sesión de tan solo 6 minutos).

A medida que su potencia auditiva fue declinando -pero no así su pasión por la clínica y la docencia-, el Maestro Neubauten llegó a ampliar su marco teórico para incluir no sólo la audición (la oreja terapéutica) sino también otros sentidos auxiliares en la semiología de los pacientes. Su “nariz terapéutica”, solía decirse, llegó a ser privilegiada. Podía diagnosticar un esquizofrénico en situación de calle a 50 metros de distancia con los ojos cerrados, siempre y cuando contara con viento a favor. Su proeza olfatoria llegaba a permitirle diagnosticar desde la sala de espera a una joven histérica con sólo oler su perfume... y hasta podía hacer un diagnóstico diferencial exquisito entre ese cuadro y el síndrome del nido vacío, sin siquiera tener que ver a las pacientes. Así acuñó el famoso “signo olfatorio de Neubauten”, patognomónico de la depresión postmenopáusica, caracterizado por la presencia de un fuerte olor a agua de rosas. Su olfato le permitía no sólo diagnosticar sino también hacer pronósticos: era inigualable su capacidad de predecir una mejoría en un paciente a partir de percibir que había llegado bañado a la consulta (el paciente, no Neubauten, que para esa época ya no se bañaba).

Fue difícil, no lo niego, cuando ya entrado en su octava década, el Maestro quiso incorporar el tacto a la psicosemiología. Insistía en ser especialmente minucioso en la exploración sistemática de las depresiones femeninas, a fin de -como todos bien sabemos- no confundir un cuadro mono con uno bipolar.

En sus últimos años dedicó largas horas a perfeccionar esta habilidad, haciendo oídos sordos a las recomendaciones de sus colegas, a las protestas de sus pacientes y a las denuncias de varias organizaciones civiles. Era claramente un hombre adelantado a su época.

Nunca olvidaré a sus 88 años cuando, poco después de cumplir 50 años al frente del servicio de Psicopatología, salió del pabellón del hospital desnudo en pleno invierno e intentó arrancarle las plumas a una de las palomas para luego comerla. Ya en terapia intensiva sus discípulos entendimos que (con el compromiso docente que lo caracterizaba) esa escena se trataba de una intervención performática en la que el Maestro nos brindaba su última y mayor enseñanza: que algunos podrán tildarnos de locos y querer, por así decirlo arrancarnos las alas (y aquí quiero aclarar que -contrario a lo que dicen las malas lenguas- el Dr. nunca llegó a arrancarle la cabeza con los dientes al ave, apenas si la apretó un poco, puesto que su dentadura estaba ya en muy malas condiciones), pero que nos debíamos a nosotros mismos resistirnos y picotearlos hasta que nos soltaran y pudiéramos retomar nuestro vuelo creativo.

Nos sorprendió a todos cuando el maestro murió 36hs después, de un caso avanzado de histoplasmosis, puesto que lo veíamos en el pináculo supremo de su creatividad y potencia clínica.

Queda ahora en nuestras manos, las de sus discípulos, esparcir su legado, material y metafóricamente, pues su familia pidió que se arrojen sus cenizas en el patio del hospital. Lo recordaremos con su frase de cabecera “Si quieren brillar como el sol, primero tienen que arder como él”, que su viuda hizo grabar en su urna junto a la imagen de un ave con las alas extendidas.

Esperamos, querido Maestro, que los vientos del tiempo
difundan tu sabiduría infinita, como esporas que colonizarán
nuevas mentes, eternizando así tu entusiasmo infeccioso y tu
genio inigualable.

Las Puertas de Taunhäuser

Andrés Rousseaux

Cuerpos poseídos

Lxs nuevxs poseídxs

En la antigüedad, ante un fenómeno llamativo e inexplicable, la figura de la intervención demoníaca era una de las primeras opciones a tener en cuenta. Con el correr del tiempo, el alejamiento de las personas de lo que entendían por Dios/Dioses, junto con el advenimiento de las ciencias médicas, lo demoníaco quedó rezagado, en gran medida para bien, porque sino las hogueras seguirían prendidas. Pero por otro lado, cada tanto suele aparecer alguna situación que pone en jaque hasta el más “científico”.

Las películas de posesión demoníaca suelen tener siempre algún apartado donde un profesional de salud mental emite su opinión al respecto, ni aún Linda Blair zafó de una imagen de cerebro y una interconsulta con psiquiatría en “El exorcista”. Pero no obstante, estas películas tienden a reproducir el modelo

clásico de la posesión: un/a joven adolescente, generalmente inocente, es poseídox por los engaños del maligno y su horda. Hoy no nos vamos a dedicar a esto, sino al otro extremo, la vejez y el temor que nos genera la posibilidad del olvido.

Debora Logan

“The Taking of Deborah Logan” (2014) tiene la particularidad de utilizar todos los recursos filmográficos de las películas de terror de ese momento. Arranca con una advertencia de dónde se obtuvieron las imágenes (aún de archivos policiales) a fin de darle cierta veracidad, al estilo documental, heredera de “Blair Witch”, pero a su vez también utilizan aportes de médicos, cámara en mano y de cámaras ubicadas en la casa de la familia Logan (como en “Actividad paranormal”). La historia se encuentra ubicada en Virginia (EE.UU.), donde un equipo de grabación de una universidad le paga a una familia para filmar pacientes con Alzheimer y el efecto del cuidado de los mismos en la familia. Luego de una explicación de la médica de Debora acerca del Alzheimer, casi que no deja dudas que eso es lo que le pasa a ella.

Antes de seguir, si bien la Enfermedad de Alzheimer es uno de los estandartes de la neurología, junto a la epilepsia, su descripción está íntimamente ligada a la historia de la psiquiatría. No me detendré a hablar de los logros académicos de Alois Alzheimer, pero sí algunos detalles de su vida. En 1888 obtuvo su licencia para ejercer medicina en el Imperio Alemán y ese mismo año ingresó a una Institución de Enfermos Mentales y Epilépticos en Frankfurt. A ese lugar, pero en 1889,

llegó Frank Nissl, con el cual estableció una profunda amistad (Nissl fue testigo en la boda de Alzheimer), sino que además gracias a la tinción desarrollada por él, Alzheimer pudo realizar sus investigaciones. En 1901 ingresó en la clínica la paciente Auguste D., por presentar celotipia, ideación paranoide y olvidos. El trabajo que realizó con ella es la base de toda su investigación posterior, el cual impresionó a Krapelin y en 1903 le ofreció hacerse cargo del laboratorio anatómico del Hospital Real Clínico Psiquiátrico de Múnich, donde Emil era el director. Muchos laureles, pero la realidad fue que el cargo no era remunerado, dado que no había vacantes; Alzheimer sólo cobraba cuando hacía algún reemplazo como médico asistente y su tarea como médico particular.

En 1906 recibió la noticia de que Auguste D. falleció en Frankfurt y ni lento ni perezoso realizó la necropsia, donde describió por primera vez y en profundidad los ovillos neurofibrilares¹. Expuso los resultados de esta investigación en un congreso en Tubinga ese año, pasando totalmente desapercibido, generando poco impacto en el público, que según los registros no realizó preguntas.

En la octava edición de su tratado (1910), fue Krapelin quien bautizó a esta forma de demencia senil como Enfermedad de Alzheimer. Si alguno se quedó preocupado por los ingresos económicos de Alois, en 1912 la Universidad de Friedrich-

1 En Argentina, Braulio Moyano estudió el envejecimiento normal y patológico, describió la demencia de Pick, la afasia nominal que acompaña este cuadro y la demencia Alzheimer, englobándolas en el grupo de las presbiofrenias, gracias a que perfeccionó la técnica de Weigert para teñir las fibras cerebrales. Con relación a la primera afectación, descubrió que el primer síntoma es la pérdida del lenguaje interior, sus sensaciones internas en su Tesis *Demencia Senil y Demencias Preseniles* (Buenos Aires, Aniceto López Editorial, 1933).

Wilhelm le ofreció la dirección general de la cátedra que había pertenecido a Wernicke. Pero durante un viaje a la universidad, situada en Breslau, se enfermó de una angina de pecho, de la cual nunca terminó de recuperarse, falleciendo en 1915.

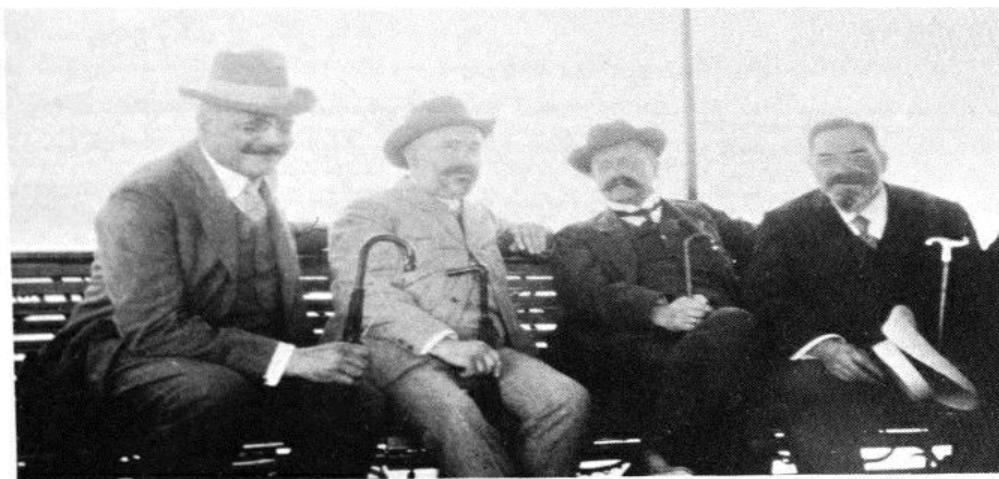


Fig. 16. On the Starnberg lake, from left to right: Alzheimer, Kraepelin, Gaupp, Nissl (about 1908)

 nyamcenterforhistory.org

Foto en el Lago Starnberg, alrededor de 1908. De izquierda a derecha: Alzheimer, Kraepelin, Gaupp y Nissl.

Volviendo a la película, Mia, Gavin y Luis forman el equipo que realiza el documental sobre Deborah. Al principio no quiere que la filmen, pero lo acepta después de que su hija Sarah le recuerde que necesitan el dinero para evitar que le embarguen la casa. En el pasado Debora tenía su propia empresa de telefonía, contestando llamadas y tomando mensajes a los habitantes del pueblo, conservando aún la central de llamados en el ático. Deborah comienza a mostrar comportamientos extraños (como querer cortarse la garganta), que van incrementando gradualmente. Su médica personal, la Dra. Nazir, considera que estos comportamientos son normales para la forma

agresiva de Alzheimer, subsecuentemente le aumenta la dosis de donepecilo y le da un toque de alguna otra cosa. Cosa llamativa para la hija, quien le recrimina el hecho de que la Dra. Nazir le había explicado que la presentación de su madre era leve. Luego, el camarógrafo Luis nota que las acciones de Deborah desafían cada vez más las explicaciones normales. En una grabación en la cocina, utilizando una cámara de filmación continua, aparece subida de un segundo a otro en la mesada. La explicación de Mia es que usó una silla (;?); en otra secuencia, uno de los camarógrafos coloca un crucifijo en una ventana que se abría sola, generando una escena que no quiero spoilear. Esto va cada vez más en aumento hasta que encuentra a Debora en el ático, usando la central de teléfonos, hablando con voz grave y en francés, idioma que no conoce.

Hacemos un paréntesis y para ponernos un poco más en tema es necesario hablar del padre Fortea, un exorcista del Vaticano, que al ver el entrecruzamiento entre salud mental y posesión demoníaca no tuvo mejor idea que hacer criterios diagnósticos de esto último, para diferenciarlos². A saber:

- 1). Ante lo sagrado o lo religioso se da una gama de sensaciones que va, según el sujeto, desde el fastidio hasta el horror, desde la leve expresión de molestia hasta la manifestación de ira y furia.
- 2). En estos casos más extremos el horror lleva a accesos de furia, acompañados normalmente de blasfemias o insultos dirigidos hacia el objeto religioso que se situó en la proximidad.
- 3). El enfermo en los episodios agudos de manifestación de ira

furiosa pierde la conciencia. Cuando vuelve en sí no recuerda nada. La amnesia es total y absoluta. Sin embargo, aunque no recuerde nada, el sujeto durante el episodio padeció un cambio de personalidad mientras duró esa crisis de furia. Durante esa crisis una segunda personalidad emerge.

4). Esa segunda personalidad siempre tiene un carácter maligno. Es frecuente que durante esos momentos las pupilas se vuelvan hacia arriba o hacia abajo, dejando los ojos en blanco. Los músculos faciales se ponen frecuentemente en tensión. También las manos muestran crispación. En esos momentos de crisis la persona articula la voz llena de odio y rabia.

5). Acabada la crisis furiosa la persona vuelve lentamente a la normalidad, cuyo tránsito es prácticamente similar en cuanto al tiempo y al modo que se observa de la vuelta del estado de hipnosis al estado normal de conciencia.

6). Fuera de las crisis furiosas en que emerge la segunda personalidad, la persona lleva una vida completamente normal, sin que esta patología afecte para nada ni su trabajo ni sus relaciones sociales. El sujeto aparece como una persona perfectamente cuerda. En todo momento distingue perfectamente entre la realidad y el mundo intrapsíquico, no observa una conducta delirante.

7). En algunos casos sí exponen cosas que parecen alucinaciones sensoriales (esporádicamente ven sombras, sienten una difusa sensación extraña en alguna parte concreta del cuerpo u oyen crujidos). Por el contrario no oyen voces internas, ni sienten que algo les corre bajo la piel.

8). No se observa ningún antecedente familiar que pudiera hacer pensar en patologías mentales con base genética.

O sea, si usted tiene uno o más de lo antes descrito preocúpese (o no), esta poseídx.

Los camarógrafos graban la conversación y al traducirla es acerca de sacrificios y serpientes. Investigan la línea a la que se estaba comunicando, que pertenecía a Henry Desjardins, pediatra local que tenía la enfermedad de Lou Gehrig o Esclerosis Lateral Amiotrófica y que desapareció después de la muerte de cuatro chicas en una serie de extraños rituales caníbales, los cuales son explicados en detalle por un “experto” y dan la vida eterna. Ante todo esto y otras situaciones internan a Debora por su propia seguridad.

La muchachada sigue investigando y descubren que Desjardins estaba tratando de recrear un antiguo ritual demoníaco que lo haría inmortal, pero requería la muerte de cinco chicas que recién tuvieran su primer período menstrual. Ellos se comienzan a cuestionarse si Deborah no estará siendo poseída por Desjardins. En el hospital, recibe la visita de Harris, un vecino que ayuda a la familia Logan, que sabe más de lo que dice de Desjardins y que tiene una secuencia buenísima con el equipo de filmación, lo que motiva la renuncia de uno de ellos. En la visita Deborah le suplica a Harris que la mate; él trata de cumplir su deseo, pero no lo logra puesto que una fuerza le arroja el televisor al vecino. Además Deborah rapta a Cara, una joven paciente con cáncer a quien anteriormente había tratado de secuestrar, en el mismo hospital en una internación previa.

Mientras tanto, Sarah se entera que años atrás su madre descubrió que Desjardins planeaba usar a su hija como quinta víctima y por eso había asesinado al médico con ayuda de Harris. Ambos enterraron su cuerpo en el jardín antes de que pudiera lograrlo y así completar su macabro ritual. El grupo eventualmente encuentra el cuerpo y trata de quemarlo, pero si sos un espíritu que venció a la muerte tenés herramientas para evitarlo. En el segundo intento, Deborah consigue secuestrar a Cara y la lleva donde Desjardins asesinó a sus víctimas anteriores. Después de descubrir que Deborah está en las minas, la sheriff de la ciudad la sigue, sólo para ser asesinada momentos después. Sarah y Mia siguen el sonido y la encuentran tratando de comerse a Cara como si fuera una serpiente. Al final, logran quemar el cuerpo de Desjardin. En la escena siguiente se ve la noticia donde Deborah está parada en un juzgado por los crímenes cometidos durante el secuestro de Cara, lo cual no puede llevarse a cabo por el estado en que se encuentra. Por último muestran que Cara superó el cáncer y está celebrando su cumpleaños. A medida que el reportero empieza a resumir la historia, Cara voltea hacia la cámara y le da una sonrisa siniestra, dejando entrever que el ritual de Desjardins fue completado y ahora él tiene el control del cuerpo de la niña.

“Relic”

“Relic” es una película australiana³ de 2020, que trata acerca de Edna, una anciana, viuda y jefa de la familia, que luego de

3 Cabe la aclaración para que aprendamos que no sólo “Cocodrilo Dundee” y Mel Gibson salen de esa isla.

perderse empieza a mostrar síntomas de demencia. Esto motiva a que su hija Kay y su nieta Sam viajen a su casa, situada en la zona rural de Australia. Luego de encontrarla notan que la casa se encuentra cerrada y que un extraño moho negro está creciendo en las paredes; muchos de los muebles tienen notas recordatorias pegadas, casi como adornos.

Esa noche Sam recibe la visita de Jamie, un vecino adolescente que le dice que hace mucho no visita a Edna porque su padre se lo prohibió. Esto llama la atención de la nieta. Además, con el correr de los días madre e hija se sienten perturbadas por unos crujidos que vienen de las paredes, junto a que el moho negro cada vez ocupa más espacios y a que Kay tiene pesadillas de un cuerpo pudriéndose en una cabaña en los bosques.

Los días pasan y una mañana Kay encuentra a Edna regresando del bosque, descalza, embarrada y sin tener idea que se había ido. La llevan al médico, quien la encuentra física y mentalmente bien, salvo por un moretón en su pecho (del mismo color que el moho de la casa). Kay le dice a Sam que piensa poner a la Edna en una residencia de adultos mayores. Ante esta noticia la nieta decide quedarse a vivir con su abuela a fin de evitar esto. Esa misma noche Kay encuentra a su madre sonámbula, hablando enfrente de la puerta, diciendo “no es nada”. Logra convencer a Edna que vuelva a su cama, pero aterrada le dice que hay algo debajo. Ante esto, la hija hace lo que nunca hay que hacer en estos casos, se fija debajo de la cama y ve algo respirando, pero se distrae y cuando vuelve a ver no hay nada.

Ya con la nieta instalada en la casa, comparten el momento tierno de la película, donde su abuela le regala un anillo. A la

siguiente escena acusa a su nieta de robarle, le saca el anillo, mientras una figura siniestra ve la escena desde las sombras.

Los síntomas psicológicos y conductuales constituyen un conjunto heterogéneo de síntomas, que pueden aparecer en cualquier fase del síndrome demencial. El tipo, la frecuencia e intensidad varían según la afectación de base. Existe una mayor tasa de delirios en la Enfermedad de Alzheimer y una mayor tasa de depresión en la demencia vascular. La presencia de alucinaciones visuales es característica de la demencia con cuerpos de Lewy, y la de trastornos de comportamiento relacionados con la impulsividad y desinhibición conductual, de la demencia frontotemporal. Sin embargo, como suele suceder en toda la gama de la salud mental, todos los síntomas antes descritos pueden aparecer en cada forma de demencia. Aunque cualquier síntoma puede aparecer en cualquier momento de la evolución, los trastornos afectivos y ansiosos son más frecuentes en los estadios iniciales, mientras que los síntomas psicóticos son más frecuentes en las fases intermedias. En cambio, los trastornos motores y del comportamiento, como la agitación, la deambulación incontrolada, la vociferación o la agresividad son más frecuentes en las fases moderadas y avanzadas, aunque finalmente tienden a desaparecer en los estadios terminales⁴.

Suceden otras situaciones violentas entre la abuela y la nieta, que motiva a ésta última a visitar a Alex, el vecino y padre de Jamie. Le cuenta que la última vez que Jamie visitó a Edna jugaron a las escondidas y la abuela “por error” encerró a Jamie;

4 Este planteo evolutivo es el que, por ejemplo, utiliza la médica que atiende a Debora Logan. Así le fue.

lo dejó por horas, olvidándose que estaba ahí. Kay (la hija) vuelve a aparecer en escena y sigue a su madre hacia el jardín, donde la encuentra despedazando fotos del álbum familiar para comérselas. Cuando su hija interviene, Edna la muerde, la empuja e intenta enterrar el álbum, al grito de “estarán más seguras ahí”. Temiendo que algo venga por ella, Edna rompe en llanto y accede a los cuidados de Kay. Mientras tanto, la nieta descubre un pasaje escondido que lleva a otra parte de la casa. Rápidamente y como no podía ser de otra manera se pierde porque el corredor empieza a cambiar de tamaño. Ya desorientada y al borde de la locura decide gritar y golpear las paredes. En simultáneo, parece que la condición de Edna empeora, mirando a su hija con desconfianza, negándose a comer y bañarse. Finalmente accede a hacerlo; mientras se baña al rascarse el moretón se saca la piel, quedando expuestos tejidos de color negro. La bañera rebalsa y cuando el agua toca un calentador se produce un apagón en toda la casa. En el sector oculto de la casa, Sam continúa adentrándose en los corredores, hasta que en un momento el techo empieza a bajar, forzándola a gatear; eventualmente puede romper una pared y salir.

Cuando Kay va ver a Edna la encuentra despellejándose la cara con un cuchillo, y empieza a perseguirla. Mientras escapa Kay encuentra a Sam e intentan salir de la casa, cuando escuchan como una enloquecida (y con la piel negra) Edna las persigue. Ya se encuentra totalmente desfigurada y su cuerpo se dobla de manera totalmente antinatural. Al intentar atacar a Sam (la nieta), Kay (la hija) la derriba. Jadiando, Edna señala una nota pegada al suelo que dice “soy amada” y se sonríe. Kay se

da cuenta que las paredes de la casa ya no se están pudriendo y lleva el cuerpo de lo que alguna vez fue su madre a la cama, ayudándola a sacarse los restos de piel y pelo que le quedan para mostrar su forma final, un cuerpo negro pudriéndose (como el que vio en sus pesadillas). Tanto madre, hija y nieta se acuestan en la cama, donde Edna finalmente se duerme y muere. Pero Sam nota una pequeña mancha negra en la nuca de su madre, similar a la de su abuela, con lo cual Kay eventualmente tendrá el mismo final que su madre y, por qué no, también Sam.

El cuidado no es una cuestión de fe

Se repitió hasta el hartazgo que la clínica es estar al lado o al pie de la cama del enfermo. Ese aforismo no pierde vigencia, pero es momento de reconocer que siguiendo esa idea no hay más clínico que un acompañante de una persona con un padecimiento crónico. Desde hace unos años a esta parte se hizo foco en la importancia del cuidado del cuidador, a fin de evitar su desgaste, lo que conlleva en el peor de los casos al maltrato y abandono de la persona a su cuidado. También puede intensificar problemas ya existentes en el grupo familiar, que puede motivar la segregación del miembro enfermo, una amputación social. Pero también puede llevar a un temor excesivo al castigo social, si se elige alojar a la persona en un lugar especializado, cuando la necesidad de cuidados excede lo que el grupo familiar puede brindar. En este vaivén de momentos difíciles, los profesionales de salud mental son más que necesarios no sólo para acompañar al familiar enfermo, sino también al grupo al que pertenece. Orientar y aconsejar

en vez de dar indicaciones, aunque suene a una verdad de Perogrullo, es otra máxima que tenemos que tener presentes. En las películas antes descritas tenemos un pantallazo de un abordaje intensivo en el primer caso, pero focalizado en Debora; en la segunda vemos una actitud más distante desde la medicina y las dificultades que se generan entre la hija y la nieta de Edna, al tener que decidir cómo continuar los cuidados de la anciana. Sí está el detalle de la actividad demoníaca en cada una de las protagonistas, pero esto es algo que prima en el desenlace y no el desarrollo del padecimiento.

Por otro lado, sobre todo en la primera película, vemos la intersección entre ciencia y creencia. Y quizás tengamos que empezar a tener en cuenta que en ocasiones, y sobre todo en salud mental, la explicación racional funciona como un parapeto contra lo que nos da miedo. El temor al olvido, la pérdida de autonomía y la institucionalización son, por nombrar algunos, tres fantasmas que nos siguen a casi todos en la posmodernidad. Un reflejo del primero es la imperiosa necesidad de dejar algún tipo de registro de todo lo que hacemos con los aparatos electrónicos, ni hablar de compartirlo en las redes; respecto a lo segundo, hay una desintegración de la idea comunitaria de sociedad, con un individualismo salvaje que lleva a que se prime sólo la necesidad del individuo y cualquier cosa que atente contra eso se vive como una amenaza; para el último, más allá del estigma manicomial, existe otro respecto a las residencias de adultxs mayores y lo que ahí sucede, estigma muy bien ganado por las terribles situaciones que acontecen casi a diario. Estas tres ideas aparecen muy bien plasmadas en ambas películas y es un velo que se ponen los protagonistas

para no ver lo evidente, que algo más pasa⁵.

Lo que genera el pensamiento universitario de las últimas décadas es la pérdida del pensamiento crítico, que se ve reflejada en insistir en opciones terapéuticas que terminan siendo perjudiciales para las personas que atendemos. Esto no quiere decir que cada vez que atendamos un/a adultx mayor con una alteración conductual llamemos a un cura, pero sí tener presente otra gama de opciones respecto a lo que sucede a esa persona y al grupo al que pertenece. Y si las dificultades continúan les recomiendo el consejo del buen Sherlock: “*Una vez descartado lo imposible, lo que queda, por improbable que parezca, debe ser la verdad*”.⁶

5 Salvo el camarógrafo de la primera película, ya mencionado.

6 “El sabueso de los Baskerville” (Sir Arthur Conan Doyle).

El síndrome de sobre-compromiso crónico y de utilización improductiva del tiempo y la convalecencia del sentido común

Javier Fabrissin
Natalia Fuertes

El uso del tiempo y la manía de hacer diagnósticos

El albor de un nuevo diagnóstico

En el 2022, investigadores de la Universidad de Yale publicaron en el Journal of Applied Social Psychology (Rao & Desai, 2022) un artículo en el que analizaron las creencias y actitudes de estudiantes universitarios (n=300) con respecto al manejo y distribución del tiempo, fundamentalmente vinculado con la organización de las horas de estudio y las actividades de ocio. Más allá de lo cuantitativo, las conclusiones cualitativas resultan algo sosas u obvias, al afirmar que, en la muestra, hubo una tendencia significativa a la procrastinación, a la falla en el cumplimiento de los plazos previstos y una dificultad en la valoración de la capacidad propia para responder a los compromisos adquiridos.

Los investigadores terminan proponiendo un constructo teórico al que denominaron “**Síndrome de sobre-compromiso crónico y utilización improductiva del tiempo (CON-TUS)**”. Si bien en el artículo se aclara que se trata de un concepto provisorio, meramente observacional, no por ello se resistieron a la tentación de **formular hipótesis**

etiológicas, tales como la importancia que la sociedad atribuye al nivel de actividad y proactividad, el miedo a perderse de algo (FOMO), el consumo excesivo de cafeína y otros estimulantes, la incapacidad para establecer y reconocer límites y -cuando no- la proliferación de las redes sociales y la sobrecarga de información que harían que las distracciones sean omnipresentes y la percepción del tiempo esté cada vez más distorsionada. **“La sociedad moderna recompensa a las personas que asumen múltiples responsabilidades y, al mismo tiempo, les ofrece un suministro ilimitado de distracciones. Esta paradoja puede dar lugar a un trastorno que afecta a las personas que se comprometen demasiado con las tareas, que descuidan la gestión adecuada del tiempo y que se involucran en una procrastinación crónica enmascarada como productividad”**, concluyen los autores del artículo.

Curiosamente, lo que pintaba para quedar en una investigación menor, fue cobrando relevancia entre los estudiantes universitarios (se presume que fomentada inicialmente por los propios estudiantes voluntarios que participaron de la investigación original), ya que **se comenzó a utilizar el *diagnóstico* CON-TUS como referencia -o justificación- para dar cuenta de sus incumplimientos con los compromisos o responsabilidades adquiridas**. En suma, el CON-TUS se diseminó como la *explicación técnica* que los alumnos comenzaron a usar para dar cuenta de por qué no llegaban a tiempo con la presentación de trabajos prácticos, a estudiar suficiente para los exámenes, a saltarse u olvidar las prácticas de entrenamiento deportivo, etc.

Al igual que ocurrió con facebook, lo que se inició en los dormitorios universitarios, excedió la égida de los campus. En efecto, este *diagnóstico* ya fue captado y adoptado por la cultura popular. Recientemente, **Rosé y Bruno Mars** titularon “CON-TUS”, al lado B del sencillo Apt. Por su parte, **Kanye West** suele postear esas siglas como respuesta a las críticas que recibe ante algunos de sus polémicos tuits, a modo de excusarse por

sus contradicciones, ante su recurrente falta de puntualidad, cancelación de conciertos o confusión entre las citas a las que fue y las que no fue invitado. En un reciente reportaje, el actor **Shia LaBeouf** dijo que sus comportamientos erráticos se deben a que “padece de un trastorno poco reconocido llamado CON-TUS”, que le habría sido diagnosticado por su nuevo psiquiatra y por el cual estaría en tratamiento. De igual modo, en otros sectores laborales, como en el rubro de los **plomeros, sanitarios, pintores de brocha gorda y productores de streaming**, el CON-TUS suele invocarse a menudo para disculparse por no cumplir con los acuerdos contraídos.

Una **búsqueda en pubmed** (última revisión: diciembre del 2024) refleja el crecimiento de las investigaciones sobre este constructo teórico y, también, su disímil distribución geográfica, lo que sugiere la relevancia implícita de los factores socio-culturales. Por ejemplo, mientras que en el estudio de Soo-Young L et al (2024), la prevalencia del CON-TUS en la Universidad Nacional de Seúl en estudiantes de posgrado fue del 15%, en el estudio de Martinez-Alvarez MC del mismo año, la prevalencia supera el 50% entre los estudiantes de la Technology School de Barcelona.

¿Su ingreso a los manuales diagnósticos?

Si bien el número de papers que se publicaron sobre este tema no es muy elevado, su abrumadora circulación en el ámbito lego posiblemente haya sido lo que motivó su **consideración para ser incluido dentro de los futuros manuales diagnósticos**. En tal sentido, el “Grupo de trabajo de coordinación ICD12/ DSM VI” en el borrador provisorio presentado en el meeting realizado en Vancouver el año pasado, **incluyó al CON-TUS dentro de los “trastornos que requieren más investigación antes de poder incorporarlo a los diagnósticos oficiales”**. Quentin Huys, uno de los integrantes de la task force que abordará el capítulo de “Diagnósticos pasibles de ser realizados mediante métodos computacionales y matemáticos”, bajo el

amparo del cual estaría el CON-TUS , respaldó la relevancia de invertir en la investigación de este posible diagnóstico por tratarse de un **creciente problema de salud pública** y planteó que “aunque la tecnología puede ser un factor contribuyente para el desarrollo del sobre-compromiso crónico, también es un medio idóneo para lograr su diagnóstico y -paradójicamente, este comentario es nuestro- su tratamiento efectivo”. Si bien los estudios de campo con que se cuentan hasta el momento son escasos y está sobre-representada la población de jóvenes adultos, para Huys, “aunque no está reconocido oficialmente, la presencia de síntomas de CON-TUS en un porcentaje alto de la población sugiere la necesidad de investigaciones más profundas”. Una de estas profundizaciones es el desafío de que sea pueda ser discriminado discriminarse de una manera confiable de algunas conductas habituales, como la pereza, la ociosidad, el aburrimiento, etc.

Los criterios diagnósticos del CON-TUS

El síndrome de sobre-compromiso crónico y de utilización insignificante del tiempo se caracterizaría por la acumulación compulsiva de responsabilidades, un error de cálculo del tiempo disponible para cumplirlas y la consiguiente incapacidad para cumplir con las estas obligaciones autoimpuestas.

Para que se diagnostique **CON-TUS**, una persona debe exhibir al menos **cuatro de los siguientes** comportamientos:

- 1) **Tendencia marcada a *decir que sí*:** una compulsión incontrolable de aceptar trabajo adicional, compromisos sociales y nuevos pasatiempos sin tener en cuenta la carga de trabajo actual.
- 2) **Inobservancia de los plazos:** perder de vista por completo los plazos de entrega de trabajos, de fecha de exámenes, etc., hasta que están demasiado cerca, momento en el que se produce una productividad alimentada por el pánico.

- 3) **Ejercicio de la procrastinación:** realizar conductas de evitación (ej: limpiar profundamente la casa o investigar eventos históricos irrelevantes), en lugar de completar una tarea urgente.
- 4) **Acumulación de pasatiempos:** acumular una cantidad excesiva de pasatiempos, sin llevarlos hasta su término, invirtiendo dinero en demasía en suministros, complementos, utensilios, que permanecen con escaso o ningún uso.
- 5) **Delirio de sobreestimación perpetua (DPP):** creencia firme de que uno tiene “el tiempo justo” para realizar actividades adicionales, a pesar de un patrón de toda la vida de llegar tarde. (Nota: resulta increíble la despreocupación que se demuestra en el uso por demás coloquial de un concepto tan caro a la psiquiatría como lo es del delirio.)
- 6) **Síndrome de sacrificio del sueño:** intercambiar el sueño por actividades intrascendentes o no productivas, como mirar documentales sin parar, investigar nociones esotéricas a las 3AM, no poder dejar de esrolear en el teléfono, etc.
- 7) **Programación impelida por impulsos:** aceptar nuevos compromisos basándose puramente en un entusiasmo inmediato y efímero, ignorando las limitaciones lógicas de tiempo y energía.
- 8) **Espiral existencial de Google (EVA):** abrir un dispositivo para realizar un trabajo productivo y, tres horas después, descubrir que se estuvo dando vueltas por un sinfín de páginas no relacionadas con el tema o que se tomó conocimiento de información inservible para el objetivo original.

Tratamiento e intervenciones

Curiosamente, antes de que el CON-TUS sea un trastorno oficialmente reconocido, se plantean intervenciones para su tratamiento (para una revisión del tema, véase Morrissey & Marr, 2024). La mayoría de las intervenciones se basan en **Terapias de modificación de la conducta**, como la “**Terapia del no**”, una terapia de exposición intensiva en la que se requiere que los pacientes rechacen compromisos, enseñándoles a tolerar el malestar resultante de dicha negación. La terapia del No se puede integrar a técnicas vinculadas con el manejo del tiempo, como el “**Control de la realidad en la gestión del tiempo**”, que consiste en el registro del tiempo real dedicado a las tareas a los efectos de adquirir una noción más precisa del paso del tiempo y de su uso; la “**Procrastinación programada**”, en la que se planifican períodos destinados específicamente para la distracción y el multitasking improductivo, para minimizar las espirales de procrastinación no planificadas.

También se proponen **modificaciones en los hábitos higiénico-dietéticos**, particularmente la regulación de la cafeína y estimulantes (restringir su ingesta para reducir las decisiones impulsivas y la falta de sueño) o al apoyo en **acompañantes terapéuticos** que ayuden en la gestión del tiempo, impida que el paciente compre artículos relacionados con el reciente pasatiempo, etc.

Está claro que, a medida que las personas continúen lidiando con las presiones de la sociedad moderna respecto de la productividad, la persona debe aprender a desarrollar estrategias de concienciación y gestión para mitigar sus efectos. Hasta entonces, se anima a los afectados a practicar la autocompasión, buscar estrategias estructuradas de gestión del tiempo, retiros forzados de “desconexión”, compra de teléfonos no inteligentes que impidan el acceso a redes sociales (v. gr. Nokia 1100) y, lo más importante, resistir el canto de sirena de “solo una cosa más”.

En el afán por no perderse la ocasión de poseer un nuevo

trastorno para ser tratado farmacológicamente, se supone que habría un **substrato biológico** que vincula el uso de tecnología impulsado por la dopamina en la exacerbación del CON-TUS. Sin embargo, no está del todo establecido dicho vínculo y serían necesarios más estudios para confirmar esta asociación.

Una nueva forma de hacer diagnóstico

No sabemos si el diagnóstico CON-TUS tendrá finalmente un lugar en los nuevos manuales diagnósticos. Por lo pronto, podemos ir vislumbrando y analizando una serie de circunstancias derivadas de esto.

Por un lado, la **crisis de la psiquiatría**, en lo que respecta a sus fundamentos psicopatológicos actuales, redoblado por la desoladora psicofarmacopea que vemos nacer en estos tiempos, resulta excesivamente **permeable para la proliferación y arraigo de teorizaciones superficiales**, especulativas, que responden a algún tipo de interés minúsculo y personal.

Por otra parte, si bien se trata de un avance muy importante que la salud mental haya adquirido una mayor aceptación en la sociedad, es posible que su socialización, la divulgación de conceptos, la concientización sobre los trastornos mentales, haya provocado que **se tienda a simplificar o magnificar diagnósticos, arribar a diagnósticos sin que se aplique un criterio clínico sólido**, sin una conceptualización adecuada, a que se solapen, extrapolen, mezclen síntomas (y diagnósticos). Está bueno que influencers, celebridades y mediáticos hablen de salud mental, pero no siempre lo que dicen es adecuado (consideración que cabe igualmente para especialistas).

Ahora, el diagnóstico de CON-TUS nos muestra algo singular: no fueron los especialistas en salud mental los que ofrecieron e impulsaron hacia la sociedad un nuevo diagnóstico sino que **fue la circulación en el seno de la sociedad lo que impuso el CON-TUS**. En efecto, fueron los estudiantes y

jóvenes profesionales los que se apropiaron de algo provisorio, de un “diagnóstico”, y lo hicieron crecer de tal modo que la Academia fue cediendo a la presión -bah, quizás no hubo tanto presión-, y lo incluyó en su agenda de investigaciones, becas, etc.

No es la primera vez que se proponen **entidades clínicas nuevas que originan controversia**, pero el CON-TUS nos permite apreciar, en tiempo real, cómo se fue organizando un **consenso en torno a un concepto meramente especulativo** y, por eso mismo, confiriéndole entidad y, de algún modo, una pátina de verdad o de vislumbre de verdad.

Además, ilustra cómo muchos diagnósticos psiquiátricos son **construcciones que se basan en recortes de prácticas socio-culturales, que las normalizan, las normatizan y patologizan**.

Obviamente que mejorar la identificación de las problemáticas en salud mental, su identificación temprana, su prevención es algo loable y necesario. El inconveniente se crea cuando esto conduce al **sobrediagnóstico o al etiquetamiento de como patológico a matices o variantes dentro de la normalidad de la vida cotidiana** -como bien se lo puede entender al diagnóstico del CON-TUS.

Sin ir más lejos, el **incremento del 11% en el diagnóstico de déficit de atención** en niños y adolescentes de entre 3-17 años entre el 2016 y el 2021 (Danielson ML et al, 2024), o el **aumento del 175% en el diagnóstico de trastornos del espectro autista** entre el 2011 y el 2022 (Grosvenor LP et al, 2024), hace un poco de ruido. ¿Estos números reflejan una mayor visibilización del problema dentro de la sociedad, una mejor preparación de los profesionales en su detección, un incremento en los factores de riesgo asociados a dichos cuadros? ¿O es acaso el resultado de otras causas, como la necesidad de oponer un diagnóstico médico a ciertos comportamientos que resultan menos productivos para la sociedad, el lucro que se puede obtener al nombrar como enfermedad lo que pueden

ser solo singularidades en el pensar, el sentir y/o el actuar, la claudicación del criterio clínico y el extravío de la comprensión psicopatológica?

A partir del análisis del CON-TUS, se podría pensar que **el sentido común se despistó y se encuentra en una convalecencia** que abarca no sólo a quienes padecerían de este diagnóstico -habida cuenta de su putativa dificultad para ser medurado con la valoración de sus capacidades y la articulación de ésta con el tiempo-, sino también a los investigadores que transforman una observación banal, un signo de la época, una serie de características comunes, en algo patológico.

Por lo pronto, evitando continuar y no terminar con la escritura del presente artículo según nos comprometimos, y así evitar que seamos diagnosticados como padecientes del CON-TUS, cerramos el presente escrito ahora mismo.

La muerte de las publicaciones científicas

Javier Fabrissin

La familia científica tiene el patio lleno de yuyos

Normas y formato

Las normas APA para la publicación de artículos científicos –por mencionar una de las tantas de su tipo- enumeran las características que debe tener un escrito para ser acogido por la escurpulosidad de las publicaciones científicas. Resumidamente, se presentan así:

1er Nivel: Organización: título, resumen, introducción, metodología, resultados, discusión, referencias.

2do. Nivel: Estilo de escritura: estilo formal, sin jerga, sin referencias a la cultura pop, sin humor, limitar las herramientas literarias (metáforas, ironías), ser directo y concreto, usar términos técnicos (solo si es apropiado), evitar sesgos del lenguaje: claro y neutral.

3er. Nivel: doble espacio, márgenes, tipo de fuente, mayúsculas para los títulos, etc.

Según su sitio oficial, el estilo APA proporciona una estandarización para una comunicación académica efectiva porque ayuda a los escritores a presentar sus ideas de manera

clara, precisa e inclusiva. Estas normas responden al propósito de nivelar la escritura del texto para “que tenga uniformidad y consistencia, permitiendo a los lectores enfocarse en las ideas presentadas, porque es mucho más fácil encontrar una información en un documento que estés acostumbrado a la formatación [sic] (estructura, márgenes, fuentes, etc.).”

Este formato universal es un vehículo, un recipiente estéril, objetivo y sobrio, que puede ofrecer esos beneficios, pero cuya incidencia -y con especial consideración a lo que se puntualiza en el 2do nivel- excede la mera estructura del texto y avanza sobre el terreno de su contenido ya que señala cómo conviene y cómo no conviene redactar. Desde el momento en que se adapta el texto para encajar con estas recomendaciones, se pierde libertad: no se puede escribir como uno quiera. El formato condiciona el contenido. Y en el cumplimiento de ese formalismo, que suele llevar a una semejanza estética y de estilo que atenta contra la originalidad del artículo, el lector casual de hoy puede quedar desinteresado porque no es un modo que coincide con la estética de los tiempos que corren.

Tecnología y formato

Las publicaciones científicas estuvieron ligadas, desde su comienzo, al avance tecnológico. La tecnología moldeó las publicaciones científicas.

Las primeras publicaciones científicas del tipo de lo que llamaríamos revista, datan del siglo XVII, 1665 específicamente. Antes de esto, las comunicaciones científicas se propagaban a través de conferencias, monografías, lecturas públicas, etc. Esta modalidad limitada de difusión cambió gracias a la invención de la imprenta, lo que permitió la multiplicación de los textos y la conformación de las revistas científicas.

Este progreso dio curso a un problema: no se podía leer o estar al tanto de todo lo que se publicaba o pretendía publicar. La proliferación del material fue llevando a la necesidad de

seleccionar, de filtrar el volumen de información. La revisión por pares, el dictamen del editor, etc., se fueron adoptando como tamices en pos de la calidad y relevancia del artículo y en representación y beneficio de la comunidad científica.

Pegando un salto brutal, el advenimiento de internet, pero sobre todo a partir de los años 2000, se reestructuraron las publicaciones científicas. Aunque en un primer momento su adaptación consistió en pasar a formato digital lo que se publicaba igualmente por escrito, gradualmente los sitios online fueron incorporando otros recursos como artículos adelantados antes de la publicación de la revista (*online first*), cursos, reportajes, selección de artículos, material audiovisual: la revista sigue existiendo, pero comparte espacio con otros integrantes, aunándose en un portal que amplía la oferta de lectura.

Pero todavía estamos en un nivel más general, en cómo internet -en su más genérica acepción- modificó el modelo editorial, el negocio editorial, porque la oferta online se desparrame en sitios que ya no necesariamente guardan relación con las empresas editoriales.

La tecnología y el nuevo modelo editorial

El canon del formato papel como soporte para las publicaciones científicas se fue perdiendo y, con ello se modificó, expandiéndose, desperdigándose, la manera de presentar la información científica.

Este nuevo modelo editorial tiene su ejemplo más reputado en PlosOne, un portal que reúne artículos de diferentes disciplinas, reunidos en varias “revistas” pero sin que éstas dispongan de un fascículo o número en su sentido clásico. Cuenta con una celeridad de publicación que excede al de las revistas tradicionales y un estilo de financiación que no depende de suscriptores. De hecho, el acceso fue siempre gratuito, uno de los primeros sitios donde se podían bajar

los *papers* sin tener que buscar por ahí algún *password* que funcione.

Por lo demás, el acceso abierto es el resultado directo del contexto digital; como también lo es el volumen abrumador y creciente de artículos, dispersos en tantos lugares –portales, sitios editoriales- que ya resulta imposible de costear según el modelo clásico de suscripción.

Lo digital, lo virtual, también propende a que otras características tradicionales sean pasibles de alterarse. Por ejemplo, desacoplar o descentralización el lugar de edición de una revista (revistas sin un punto único de edición, armadas desde diferentes procedencias y compaginadas en un *sitio virtual*) o publicaciones de artículos o investigaciones en curso (artículos que se publican parcialmente, no estando completamente terminados, investigaciones preliminares que pueden recibir aportes de otros investigadores, etc.).

Otro cambio que permitió la digitalización es el complemento o reemplazo del factor de impacto como medida de la relevancia de un artículo –o, más precisamente, de una revista- por parte de las nuevas métricas o métricas alternativas (número de descargas, número de veces en que fue compartido un artículo, etc.). A partir de esto, la valoración de la relevancia de un artículo toma preponderancia por encima del valor de impacto de una publicación. Si la revisión por pares nació como un intento de seleccionar los mejores artículos en pos de la comunidad científica pero derivó en que los artículos jerarquizaban la revista en que fueron publicados, los modelos alternativos de medición jerarquizan el artículo por encima de la revista.

Este movimiento da lugar a otro análisis. Mientras que las revistas tradicionales disponen de un grupo de revisores, que emplea determinados criterios técnicos especializados –mezcla acaso de subjetiva objetividad e intereses personales-, la opinión de la comunidad, expresada en el número de descargas o de veces en que fue compartido un artículo, de posteos del

artículo o su link en redes sociales, etc., delinea una autoridad menos clara, recursivamente fluida. Al juicio experto se le contrapone el juicio de la comunidad, la individualidad de una opinión pasa a competir contra la opinión cuantitativa, y aquí lo cuantitativo puede entenderse como la opinión indiscriminada de las masas, pero también como la influyente opinión individual de alguien que cuente con una masa de seguidores que lo magnifican (a fin de cuentas, esto último seguirá sustentando la opinión del experto).

Las redes sociales y la opinión experta

El número de publicaciones creció un 47% entre 2016 y 2022; el número de artículos por año ascendió de 192000 a 282000. El actual flujo de información académica excede la capacidad de revisión de las revistas. Los pares que revisan, aunque hicieran un esfuerzo máximo, no alcanzarían para dar respuesta a la lectura crítica que se les asigna.

Un intento por resolver esto es la inclusión de la inteligencia artificial para ejecutar la revisión de los artículos. Las pruebas que se hicieron, hasta el momento, resultaron auspiciosas. Dan cuenta de una superioridad por parte de la IA -en relación con los revisores humanos- para determinar posibles falsificaciones de datos o manipulación de imágenes. Pero no sólo para eso: también se encontró que hubo un acuerdo significativo entre las opiniones de los revisores y los de la IA y, más aún, se puntualizó que la IA logró generar devoluciones que, en un 58% de los casos, les resultaron útiles a los autores e, incluso, el 82% de los autores informó que las devoluciones de la IA fueron más útiles que las de los revisores humanos.

La elección de textos propuestos para su publicación puede también ser totalmente arbitrario o, en todo caso, fundado en criterios personales. Y esto no es necesariamente malo. El propietario de una publicación, un editor, un comité

editorial, pueden elegir qué textos publicar simplemente porque les gusta, porque les parece controversial, por capricho, o cualquier otra razón abiertamente subjetiva. De igual manera, la selección de artículos puede realizarse una vez publicados en otro lugar, ejerciendo una especie de curaduría pos-publicación, depurando a posteriori sobre lo ya publicado. Numerosos sitios (MedScape, UptoDate, etc.) ofrecen ese servicio.

Aunque, a esta altura, seguir con la tradicional suscripción a sitios, páginas, etc. puede no ser ya necesario. Las redes sociales –Whatsapp, IG, FB, Twitter, cualquiera- se volvieron la vía regia de acceso y de salida de los artículos científicos. A través del intercambio de mensajes, de posteos en cualquiera de estas redes, se dan a conocer artículos científicos. Uno pudo haber llegado a ellos espontáneamente o porque alguien pasó un link y así sucesivamente. La circulación de la ciencia por estos caminos muestra un dinamismo diferente: rapidez, alcance inmediato, fugacidad; respuestas instantáneas, comentarios discutidores, polémicas, desvanecimiento.

El lector y el formato

Luego del primer número de Atlas, un lector manifestó que cuando escoleaba hasta abajo leyendo la primera columna, le resultaba engorroso volver hacia arriba para leer la columna de la derecha. De este modo, se modificó el formato de la página, haciéndolo de una sola columna, más ancha. Las dos columnas son herencia del formato papel.

Pero el lector digital es diferente al lector en papel.

La gente lee distinto en un entorno digital. A veces, más que leer palabra por palabra, el lector digital escanea el texto. En investigaciones que rastrean los movimientos que realiza el globo ocular del lector en un entorno digital -es decir, a dónde dirige la mirada y por cuánto tiempo- se definen patrones de lectura prototípicos.

El estilo en forma de F se considera el más usual: se lee primero la parte superior del texto o página, se baja un poco y se lee la parte media, aunque un poco menos (no se llega tan al final de los renglones) y luego se sigue leyendo hacia abajo, particularmente la primera parte del renglón. La lectura en capas de torta: se leen títulos y subtítulos sin leer lo que hay en el medio. El de la derecha (patrón en pinball) muestra los puntos de fijación de la mirada que se realizó durante 14 segundos: 158 puntos de fijación en 14 segundos (lo cual está dentro de lo normal).

Datos

8 segundos es el tiempo de span atencional: tiempo promedio que una persona mira una página web antes de mirar para otro lado.

Desde el año 2000, el promedio atencional cayó de 12 segundos a 8 segundos.

En los últimos 20 años, el span atencional cayó de 2:30 minutos a 45 segundos.

Cómo escribir un texto para facilitar su lectura

Capturar la atención del lector digital no es algo sencillo. Los elementos constitutivos de una publicación para que sea atractiva en un entorno digital debería contener (todo) lo siguiente:

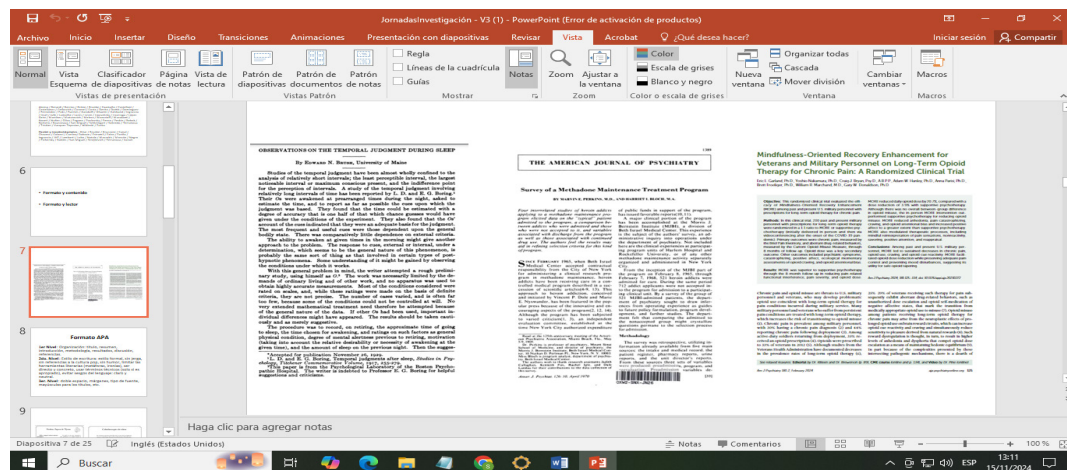
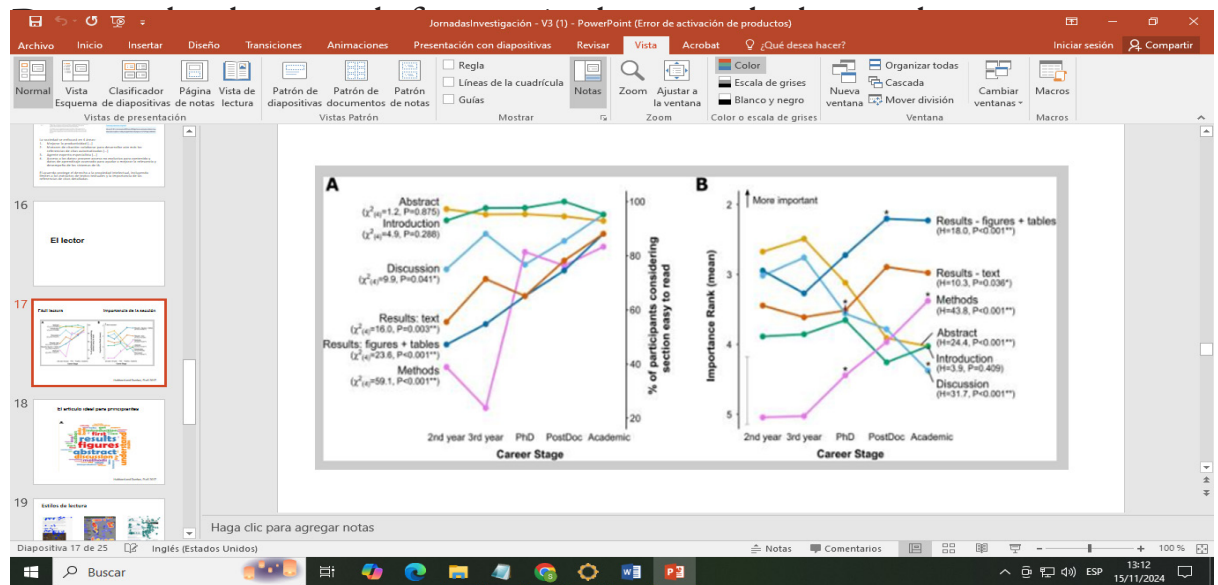
- Textos escritos de un modo que permita el escaneo por el lector
- Resaltado de palabras claves (hipertextos, variación de colores, etc.)
- Títulos y subtítulos significativos (no “inteligentes o divertidos”), puesto que quien lee posiblemente se quede con *la información sustancial* que ofrece el título y el subtítulo
- Realizar listas
- Escribir una idea por párrafo, ya que el lector tiende a saltar cualquier idea adicional si no se sienten atraídos por las primeras palabras)
- Escribir estilo pirámide invertida: comenzar por la conclusión, la parte más importante al comienzo del párrafo
- Reducir la extensión de los textos
- Incluir gráficos de mayor calidad, buen estilo de escritura, links, etc.

La bibliografía según la inteligencia artificial

La bibliografía se reducirá en extensión y extensividad. Según un reciente trato comercial, Informa -empresa madre de Taylor & Francis, una compañía editorial-, acordó multimillonariamente (una manera generalmente fácil de acordar) con Microsoft para cederle los artículos científicos de las publicaciones que edita para que, a cambio de algunos servicios de organización del material, pueda Microsoft extraer la información para alimentar sus sistemas de inteligencia artificial.

La idea de buscar algo a través de PubMed, de leer pdfs, quedará simplificada por las búsquedas sintéticas que brinda la IA, lo que se convertirá en el modo de abordar las lecturas científicas.

Diferentes modos de lectura



El valor de la primera impresión

En un estudio más o menos reciente, a un grupo de estudiantes (más de 600) se les presentó extractos de canciones, con duraciones de 5, 10 y 15 segundos. Según los autores, una pequeña fracción de escucha de 5 segundos permitió a los oyentes emitir un juicio de agrado o desagrado, que coincidía con la valoración definitiva de gusto o no por dicha canción en su totalidad. Más allá de que uno sabe que hay canciones que requieren tiempo para entrarle, una de las conclusiones

La Ciencia puede terminar siendo calificada del modo en que se hace con un chofer de Uber o un vendedor de Mercado Libre. Las publicaciones que deriven en un mayor número de tuits superan a los artículos con pocas descargas o compartidas, independientemente del valor intrínseco del artículo. La opinión experta del científico laureado tal vez sea suplantada por el posteo del influencer (que también puede ser un científico experto, aunque pisando en la informalidad). La “sabiduría” de la multitud puede declinar en la locura de las masas.

¿Cuál es la motivación entonces para publicar si el lector es una figura difusa, errática? ¿A qué tipo de lector quiere uno llegar? ¿Cuál es la motivación para escribir un artículo, desarrollarlo, argumentar, etc., si el interés decae rápidamente o, incluso más, si el interés decae en la medida en que se concluyó tempranamente si lo que se está leyendo es relevante o no? Lo que se escribe puede ganar importancia por méritos internos, pero también *porque le gustó a alguien* por razones individuales y ese alguien potenció su alcance al propalarlo a través de sus redes o porque resultó curioso, polémico, atractivo estéticamente, etc., y eso produce un agrado subjetivo que lleva a hacerlo conocer independientemente de su científicidad.

Entonces, ¿cuál es el sentido de seguir haciendo Atlas, si lo más interesante suele pasar en el grupo de whatsapp, si la novedad se pierde entre aludes de nuevas novedades, si la lectura acostumbrada tiene una extensión máxima de 280 caracteres o es una imagen con una frase sugerente?

Por eso, mejor que le demos la muerte a Atlas.

Autores

Javier Fabrissin

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

Natalia Fuertes

Médica psiquiatra. Ejerce la poliatención.
Correctora en una importante revista de psiquiatría que no es
ATLAS.

Victor Pagano

Profesor en enseñanza media y superior de filosofía - U.B.A.
Actualmente se encuentra realizando su tesis de doctorado
en filosofía, en torno a las conceptualizaciones de las locuras
morales

Andrés Rousseaux

Caballero jedi y psiquiatra.

Marcos Zurita

Médico psiquiatra.
Director Revista ATLAS.
Supervisor de residencias de Salud Mental de CABA y GBA
Simpatizante no melancolizado del Club Atlético Huracán
mzurita@gmail.com

Cierre

ATLAS finaliza acá. Nos vemos en mundoatlas.com, en el podcast Psiquiatronica, en nuestras cuentas de IG (@atlasmentalisima, @lunesfelices, y otras) y en la vida real.