



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Medrano, Juan

Reflexiones nerviosas. Los fantasmas

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 35, núm. 127, 2015, pp. 635-
646

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265041410012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Reflexiones nerviosas

Los fantasmas

Juan Medrano

Médico psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia.

donlogan@hotmail.es

Han pasado unos meses desde la muerte de Moncho Alpuente¹, letrista de “Desde Santurce a Bilbao Blues Band”. Algunos temas del grupo se deben a otros grandes autores, como Luis Eduardo Aute, creador de “Los fantasmas”. Este corte sonaba muy festivo en la versión de la banda y debería tenerse en mente a modo de tonadilla parásita (“earworm”, según la literatura en inglés), mientras se lee esta pieza... si se tiene la paciencia y el cuajo suficientes para leerla. Con ella, además de razonar que los profesionales sanitarios tenemos mucho de fantoches, fantasmones o globeros, despedimos la sección recordando a figuras ya fallecidas que han contribuido a que este mundo sea a veces un Valle efectivamente de Lágrimas, pero de risa.

Ya están aquí los fantasmas, siempre los mismos fantasmas...

Hace casi 25 años, Walter estudió los términos usados en inglés coloquial para denominar a los psiquiatras, rastreando su etimología o el momento de su acuñación (1). Es popular el término “*shrinker*” o “*headshrinker*”, que asimila al psiquiatra a los jibaros reductores de cabezas (aquí diríamos *comecocos* o *jamaco-*

cos). Más chocante es el juego de palabras que convierte *psychotherapist* (psicoterapeuta) en *psycho, the rapist* (Psicopatón, el violador). ¡Qué idea tienen los angloparlantes de los psiquiatras!

Más tarde el mismo Walter, estudiando imagen del psiquiatra en el cómic norteamericano entre 1941 y 1990 (2) concluyó que en ese medio siglo se había mantenido estable. Y que era lamentable. El psiquiatra del cómic es hombre, generalmente calvo, barbudo y con gafas; practica la psicoterapia; está loco, es licencioso con sus pacientes, o simplemente se desentiende de lo que le cuentan. Con el paso del tiempo parece cada vez más interesado por el dinero. Consigue pocos cambios en sus pacientes y para mal (en un 15% de las historietas el paciente empeora y solo en un 2% mejora). Aunque el cómic sea una deformación de la realidad, no puede decirse que nos encuentre eficientes.

No es mejor la imagen que ofrece el cómic europeo. Hergé², el creador de Tintín, describió muy negativamente al gremio. En “*Los cigarros del Faraón*” (1933), cuando se fuga de un manicomio, Tintín es perseguido por el director que, porra en ristre, lidera a un grupo de malencarados asistentes. En la versión redibujada y coloreada de 1954 el doctor ha cambiado de aspecto, pero sigue blandiendo

¹ Moncho Alpuente (1949-2015). Periodista, escritor, humorista y músico español. Letrista de la mayor parte de los temas de *Desde Santurce a Bilbao Blues Band*.

² Georges Rémi (Hergé) (1907-1983). Guionista y dibujante de cómic, uno de los padres del género. Creador de Tintín.

la porra. En “*La Isla Negra*” (1938), el psiquiatra Dr. Müller pertenece a una banda de falsificadores de moneda y dirige un manicomio donde hace enloquecer a sus enemigos. Para Hergé los psiquiatras no eran extraños, ya que su madre padeció y fue hospitalizada por lo que pudo haber sido una depresión psicótica. Él mismo sufrió depresiones recurrentes que combatió con retiros al lago Léman. También es cierto que más adelante, en plena crisis vital, el ilustrador consultó con un discípulo de Jung. La experiencia no debió ser mala, ya que si bien el Dr. KrosPELL, el único psiquiatra creado por Hergé tras su paso por el diván, empieza “*Vuelo 714 para Sidney*” (1968) al servicio del malvado Rastapopópus, con el devenir de la aventura se redimirá, incorporándose al bando de los buenos. Frente a estos psiquiatras represivos, malvados o corruptos, el Profesor Fan-Se-Yeng de “*El Loto Azul*” (1936) descubre el antídoto del *rajajah*, el veneno que hace perder la razón. Los autores de un trabajo sobre el estigma en Tintín (3) no pudieron ponerse de acuerdo sobre si el profesor es psiquiatra o neurocientífico, pero a la vista del mal concepto que parecía tener Hergé de los alienistas, deduciremos que Fan-Se-Yeng era investigador y no clínico.

El más genial guionista europeo, René Goscinny³, aunque más benevolente, no dejó pasar ocasión de ridiculizar a los psiquiatras, salvo tal vez a Amnésix, el druida psiquiatra de “*El combate de los Jefes*” (1966), que mantiene sus habilidades curativas pese a desarrollar un cuadro mórico-dismnésico tras recibir un menhirazo craneoencefálico. En “*La curación de los Dalton*” (1975) de la serie Lucky Luke, el profesor Otto Von Himbeergeist, que

busca eliminar los impulsos delictivos de los bandidos, termina descubriendo su reprimida vocación criminal. Tan sutil abreacción le lleva a erigirse en un quinto Dalton (¡qué evocaciones a los diversos quintos *Beatles!*), y se erige en líder y cerebro de una banda que caerá cuando –paradójicamente– Averell Dalton, el único hermano al que el psiquiatra ha conseguido curar, eche por tierra sus planes.

Los “*Almanaques de Locos*” de la Editorial Valenciana, de los que encontrarás un excelente estudio de Andrés Porcel en este mismo número de la revista, tampoco ofrecían una buena imagen de los psiquiatras: peseteros, desequilibrados, con intervención esencialmente custodial. Aunque evidentemente eran una caricatura distorsionadora de la realidad, no dejaban de indicar una visión socialmente compartida (4).

También se ha estudiado la imagen de los psiquiatras en el cine. Gharaibeh analizó 106 películas, sin facilitar sus criterios de selección ni el listado de los filmes escudriñados, aunque debemos reconocer que pormenoriza sus conclusiones (5). Los psiquiatras cinematográficos suelen ser varones (71.2%), de mediana edad (50.8%) y amistosos (63.6%). En la relación con sus pacientes un preocupante 44.9% transgrede los límites considerados correctos; un 30.5% con transgresiones “*no sexuales*” y un 23.7%, “*sexuales*”, por lo que un 9.3% lo hacen *en ambas modalidades*. Además, hasta un 47.5% es retratado como incompetente. El autor concluye que no podemos enorgullecernos de la imagen cinematográfica de los psiquiatras.

Todavía más pormenorizado es el trabajo Szykiersky y Raviv sobre el psicoterapeuta en la Literatura (la artística, no la profesional) (6). Estudiaron 19 novelas, analizando las relaciones del psicoterapeuta con otros personajes y su funcionamiento personal y profesional. Los escritores varones que narran terapias de pacientes femeninas por parte de terapeutas

³ René Goscinny (1926-1977). Guionista de series tan exitosas como *El pequeño Nicolás* (ilustrada por Sempé), *Oumpah-Pah* (dibujada por Uderzo), *Lucky Luke* (con Morris como dibujante), *Iznogud* (con Jean Tabary) y, sobre todo *Astérix* (con Uderzo como ilustrador)

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA Y HUMANIDADES

masculinos describen a la mujer (paciente) como una amenaza para el hombre (terapeuta) mediante el fracaso y la desvalorización. En cambio, las escritoras perciben que las mujeres solo podrían ser adecuadamente entendidas por terapeutas femeninas; eso sí: en sus novelas las mujeres terapeutas también pueden ayudar a pacientes varones. Parece un jaleo pero es solo el viejo cliché de que las mujeres saben escuchar y los varones no. Son frecuentes las referencias a alimentos y bebidas, lo que los autores relacionan con la función nutricia del tratamiento. También es recurrente el dinero, con la carga negativa del alto coste de un tratamiento ineficaz. Aunque muchos terapeutas parecen seguir un enfoque psicoanalítico, su actitud es más activa que lo marca ese modelo. La elevada proporción de terapeutas de origen extranjero refleja las diásporas de profesionales que por motivos políticos o económicos se vieron obligados a establecerse en otros países. Los ojos y la mirada aparecen mucho más que los oídos y la escucha, indicando una concepción de los profesionales como personas intuitivas que penetran en las mentes de sus pacientes, más que como sujetos capaces de escuchar o comprender. En resumen, lo intuitivo y las condiciones especiales del psicoterapeuta prevalecen sobre la técnica.

El cine, el cómic, la Literatura, y el lenguaje popular no tienen una buena opinión de psiquiatras y psicoterapeutas, y los ven como un colectivo que torpe y que olvida frecuentemente sus propias normas y principios éticos. Bien podrían aplicársele dos sabios proverbios: *“En casa del herrero, cuchillo de palo”* y *“Consejos vendo y para mí no tengo”*. En esta línea, ¿qué puede decirse de la salud de los psiquiatras? Un indicador de bienestar es la tasa de divorcios, en la cual los psiquiatras son los médicos a los que peor les luce el pelo (al menos, en los EEUU) (7). Más específico es su nivel de salud mental. Los médicos tienen un mayor riesgo de depresión y intentar o

consumar el suicidio, sobre todo en las mujeres (8), y la Psiquiatría figura entre las especialidades con mayor riesgo depresivo (9). También parece que los psiquiatras viven menos, según un estudio sobre las necrológicas publicadas en el BMJ (10). La edad media de fallecimiento de los psiquiatras (70.8) era inferior a la de ginecólogos, médicos de familia, internistas, bioquímicos o cirujanos, entre otros. Solo los anestesiólogos tenían menos esperanza de vida que los psiquiatras. Curiosamente, los que murieron a más edad fueron los radiólogos, pese a estar expuestos a radiaciones deletéreas, mientras que los especialistas en Salud Pública, obstinados en mejorar los niveles de salud de la población, figuraban también en el grupo de los menos longevos. Otros que usan cuchillo de palo.

Aunque parece que los psiquiatras tienen una mayor satisfacción profesional que otros especialistas (11), no se libran de quemarse o sufrir, ni están vacunados contra el trauma vicariante o secundario, ese malestar que afecta a profesionales por exposición a los sufrimientos de sus pacientes (12). Tampoco tranquiliza el resultado de una encuesta postal de Rathod y colaboradores (13) sobre el efecto de recientes cambios en la atención psiquiátrica británica orientados a aliviar la carga asistencial de los profesionales y evitar retiros precoces. La baja tasa de respuestas (44%) relativiza los hallazgos, pero si bien ha descendido el deseo de jubilación precoz, han aumentado la autoprescripción y las ideas de suicidio. Los parches en las condiciones laborales no parecen alivian el malestar de los psiquiatras...

...con sus montajes fantasmas, vaya un tostón...

La Historia de la Medicina muestra lo boroso del límite entre la idea de enfermedad y

la de vicio y cómo ciertas causas —reales o figuradas— de enfermedad han servido para poner el acento, más que en el dolor del paciente, en las conductas reprobables supuestamente relacionadas con su aparición. En la época moderna, superadas las peregrinas teorías masturbatorias sobre la epilepsia o la histeria —a las que llegó a apuntarse Freud—, el paradigma son las enfermedades infecciosas. La penicilina redimió a los enfermos de venéreas al curar su padecimiento, pero el VIH reavivó la idea de la enfermedad como retribución, sin redención posible, para la conducta depravada (14), demostrando la disposición humana a retomar concepciones y clichés previos. Sin apartar definitivamente la sexualidad como origen de la enfermedad-castigo, nuestra época ha desplazado lo médicamente pecaminoso hacia atentados contra la pureza corporal desde lo metabólico o cardiovascular, vicios postmodernos que se contraponen a los virtuosos hábitos saludables en la alimentación y las costumbres. La Medicina, pues, detecta *pecados*.

El saber de los sanitarios es normativo, ordena la vida de los pacientes y de todo el que se deje en el sentido de dar orden y de dar órdenes. Los sanitarios somos una colección de petarditos, que sermonea qué hacer, cambiando sus recomendaciones: ora hay que tener determinada tensión arterial, ora hay que tener otra; ora debe estar alto el colesterol “bueno”, ora no es tan conveniente que lo esté; ora son malas las grasas, ora los carbohidratos; ora los lactantes deben dormir boca abajo, ora boca arriba, ora de costado; ora ya no hay enfermedades infecciosas, ora lo antiguamente psicossomático está causado por el malvado *H. Pylori*; ora hay que atiborrarse de vitaminas, ora no; ora se crean conceptos (trastorno generalizado del desarrollo, depresión, trastorno por déficit de atención), ora, visto su desmedido éxito los criticamos como si fueran ajenos a nuestro mundillo, olvidando

que fuimos quienes tiramos la primera piedra. Todos estos bandazos se producen, *of course*, sin un examen de conciencia que reconozca que recientemente defendíamos con idéntica vehemencia puntos de vista contradictorios con los actuales. Y por supuesto, sin dolor del pecado de la soberbia de actuar como si lo que sabemos hoy lo hubiéramos sabido siempre y además fuera la verdad definitiva. Sin propósito de enmienda, a falta de un confesor (debería ser la sociedad) a quien exponer el pecado de la prepotencia, y sin mostrar -faltaría más- la menor disposición a cumplir penitencia alguna, los sanitarios estamos hechos una banda de fantasmones y solo nos damos cuenta de lo endeble de nuestros montajes cuando los años y la enfermedad nos sitúan como usuarios al otro lado de la mesa.

El afán por ordenar vidas ajenas deriva de las connotaciones sacerdotales, iniciáticas, ritualistas, de la profesión médica, que hacen que todavía se hable de una “clase médica”. Una “clase” que en el Juramento Hipocrático, tan citado y supuestamente rector de la profesión como escasamente conocido, proclama fidelidad a la tradición médica preservando el secreto de sus contenidos (15) con el compromiso de “*venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre, pero a nadie más*”. Aunque más adelante establece la base de lo que hoy en día llamamos secreto médico (“*Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable*”), el Juramento proclama

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA Y HUMANIDADES

antes que nada otra variante de secreto, el de fabricación: la reserva, confiada a un reducido número de personas, de los trucos, saberes y habilidades del arte de curar. El Juramento atribuye a los médicos un saber exclusivo e impone que no lo compartan con cualquiera; su representante sería el druida Panorámix, custodio de la fórmula de la poción mágica, que solo puede transmitirse de boca de druida a oído de druida.

Hoy día los ritos iniciáticos y de paso son la nota alta de Selectividad, los exámenes en la carrera, o el MIR precedido de sacrificados meses de estudio y rico en preguntas rebuscadas, puramente selectivas que no calibran conocimientos o aptitudes. Tras cumplir la mili social de la residencia para ser ungido especialista, se afronta otro rito de paso, con oposiciones nuevamente jalonadas de preguntas retorcidas y rebuscadas, más acertijo que adecuada valoración de capacidades profesionales, que han de resolverse para obtener la ansiada plaza en el sistema público. Como con el enigma de la Esfinge, no acertar la respuesta de la pregunta sobre el etnotrastorno que padece un ciudadano chino en un servicio de urgencias de su país puede tener consecuencias terribles para el opositor.

Los ritos iniciáticos alcanzan su culmen en el mundillo psicoanalítico, donde para ser analista *comme il faut* debe recorrerse un complejo itinerario con análisis personal, didáctico, formativo. Lo psicoanalítico retoma elementos en otros contextos considerados irracionales, como la lectura y el estudio reverencial de las (sagradas) escrituras del inventor de la terapia, llámese Segismundo, Melania, Santi o Donald Woods. O remedar la forma de hablar de estos profetas, dirigiéndose al resto del mundo como si lo que se dice fuera entendible por el común de los mortales. O la fantasmada extrema de hablar para escucharse o para ser entendido únicamente por correlegionarios igualmente iniciados en el discurso.

Además de cumplir ritos y ordenar la vida de la gente, los dedicados a esto de la Salud Mental nos arrogamos conocimientos superlativos. Recuerdo emocionado una conversación en la que una compañera se rebelaba contra las restricciones para usar un fármaco. Defendía su criterio argumentando: “¿Quién va a saber mejor que el psiquiatra lo que necesita el paciente?”. Qué privilegio fue vivir la revelación, en tan condensada y elocuente píldora, de la prepotente, egocéntrica y sesgada ignorancia de nuestra profesión y de nuestra habitual incapacidad para apreciar la influencia de la industria. Qué maravilla, qué momento tan sublime. Al evocarlo me brotan lágrimas de emoción, de dolor, de vergüenza y también —a veces— de risa.

El furor por ordenar vidas ajenas vive del reconocimiento, y de la creación, de especies morbosas que conllevan obligados preceptos para la recuperación. La enfermedad sustituye al pecado y el sacerdote muta en médico, como brillantemente describió Jules Romains⁴ en “*Knock o el Triunfo de la Medicina*” (1922), una obra que desvela el riesgo de manipulación y dominio que encierra toda ideología y toda actividad humana. Knock concibe a la gente con aspecto sano como enfermos que desconocen serlo y necesitan que el médico se lo revele y les ordene la existencia. Erigido en “mesías de la salud” (16), Knock impone una higiene social y mental basada en el temor a la enfermedad y se afana en mostrar taras (faltas tan involuntarias como el pecado original), llevando al extremo la máxima de que todo conocimiento, también el referido a la salud, es poder, algo que entronca con la medicalización de la vida cotidiana. En su estudio Bamforth (16) cita un elocuente aforismo de Lichtenberg (1742–1799) para ilustrar

⁴ Jules Romains (18895-1972), nacido Louis Henri Jean Farigoule, fue un escritor francés, fundador del movimiento unanímista.

esa contaminación de la vida por el pensamiento médico: “*La salud es contagiosa*”.

Demostrando que la Psiquiatría es más proclive a los excesos y a las caricaturas que el resto de la Medicina, cuatro décadas antes que Knock había visto la luz “*El alienista*”, del brasileño Machado de Assis⁵ (1839–1908). El Dr. Bacamarte dirige un establecimiento, “La casa Verde”, en el que ingresan pacientes psiquiátricos, pero con el paso del tiempo, el psiquiatra internará a todo ciudadano que considere próximo a desarrollar una enfermedad mental. Tras una serie de vicisitudes, el alienista llega a la conclusión de que las personas mentalmente equilibradas son minoría y consecuentemente, estadísticamente anormales y por ello enfermas, por lo que ingresará y tratará a las personas honradas, leales y prudentes. Acometida tan noble tarea, Bacamarte descubre que él mismo es el único ser equilibrado que queda en el pueblo y con total coherencia se ingresa a sí mismo como único paciente del establecimiento, donde fallecerá casi año y medio después.

El ímpetu diagnosticador y terapéutico se plasma para Bell (17) en la “*Dependencia de tratamiento*” (DT), por la que los terapeutas necesitan tratar más y más pacientes para encontrarse bien, siendo los más afectados quienes trabajan en dependencias... precisamente. Al describir el cuadro según el esquema de las dependencias del DSM-III-R, Bell explica que tratar enfermos se convierte para el médico (paciente) en su principal preocupación y actividad, estrechándose su repertorio de terapias, con compulsión a tratar e incremento de la tolerancia a la actividad terapéutica (debe tratarse cada vez más enfermos para obtener

gratificación). La privación (dejar de tratar) provoca intensos sentimientos de culpa, ansiedad y minusvalía, así como una profunda rabia porque se escaqueen de miles de personas que deberían tratarse. De no abordarse el cuadro a tiempo puede surgir un estado maniaco con grandiosidad, hiperactividad y conductas orientadas a tratar a más y más enfermos. La privación aparece de forma espontánea por falta de actividad o de usuarios a los que tratar, pero también tras la exposición a antagonistas, es decir: personas, artículos o libros que cuestionan el valor o eficacia del tratamiento que realiza el médico (paciente). El antagonista más potente descubierto hasta la fecha es el *escepticismo*, que a pequeñas dosis produce un cortejo de abstinencia tan intenso que ningún comité de ética autorizaría emplearlo para descartar DT cuando se sospecha su presencia. Como sucede con otras dependencias podría intentarse una terapia de mantenimiento con un antagonista a dosis bajas (en este caso, el escepticismo, o en todo caso, una postura científica sana), pero Bell cree que la aplicación práctica de esta idea es complicada, ya que los pacientes están muy poco motivados para abandonar su dependencia y la adscripción sería baja. Por otro lado la Ciencia es un producto escaso y caro, y vivimos épocas de contención del gasto sanitario. Además, el cuadro de abstinencia cede con la reexposición a la droga (tratar enfermos), por lo que hay siempre riesgo de recaída.

...todos somos muy fantasmas, no hay quien no sea fantasma...

⁵ Joaquim Maria Machado de Assis (1839-1908) fue un escritor brasileño, hijo de mulato, como Alexandre Dumas. Considerado uno de los grandes narradores del siglo XIX, escribió también poesía y crítica literaria y fue uno de los creadores de la crónica en su país. Fundó la Academia Brasileña de Letras.

La Psiquiatría abrazó en los años 70 el modelo médico, donde modelo médico quiere decir concebir los problemas que aborda como enfermedades comparables *grossa modo* a las del resto de la Medicina. Esto tuvo como con-

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA Y HUMANIDADES

secuencia: la descripción operativa de enfermedades o, al decir de los DSM desde 1980, “trastornos”; la aparente inutilidad –desde el DSM-IV- de la diferenciación de trastornos “orgánicos”, derivados de patologías con asiento o fisiopatología somática conocida; la medicalización del psiquiatra que, señala Lipsitt (18), adquirió la bata como atributo y toga; y sobre todo, el recurso a los fármacos.

Los perversos fármacos, que alteran la natural homeostasis y –peor aún- son sintéticos. “Química”, dicen algunos peyorativamente, como si el ser humano y la vida en su conjunto no fueran procesos físico-químicos. “Química” intrínsecamente antinatural, contaminada y contaminante. “Química”, se espeta con asco, al estilo de algunos pacientes alcohólicos que más que al alcohol atribuían las secuelas del consumo a productos nocivos supuestamente añadidos al vino en su elaboración. “Química” mala y sucia, que lleva a algunos a creer más sano un tratamiento con fitoterápicos, “naturales” (enfáticese al leer), como si ser creados por la madre Naturaleza los hiciera inherentemente buenos y como si el ricino, el curare, el veneno de las setas, no fueran también “naturales”. Se consagra así un naturalismo a caballo entre el buen salvaje de Rousseau (obvio consumidor de dieta paleolítica, sana y “natural”, aunque D. Jean-Jacques lo desconociera) y el edén judeocristiano, donde Adán y Eva, sin duda, se nutrían de productos “naturales” y ecológicos. El árbol de la ciencia del Bien y del Mal se debió a una pérvida modificación genética por parte de la serpiente, evidente precedente de Monsanto.

Lo bueno y benéfico de lo “natural” hace olvidar que todo remedio “natural” es un bati-burrillo de moléculas cada una de las cuales va por libre, generando efectos farmacodinámicos dispares. También oculta que nada hay absolutamente inocuo, sobre todo si el paciente añade a un fármaco “algo natural” que potenciará sus efectos colaterales. Ciertos pacientes

que sufren un cuadro serotoninérgico al combinar hipérico con un antidepresivo no dudan en culpar al fármaco. Cuando el mismo hipérico –reputado inductor enzimático- reduzca la efectividad de anovulatorios, inmunosupresores y antirretrovirales, será difícil convencer a la persona damnificada de que lo sucedido tiene que ver con un producto “natural”, porque lo “natural” parece intrínsecamente bueno.

Intrínsecamente bueno es también cualquier método basado en la palabra, que eluda al fármaco. Cualquier método significa cualquiera de los centenares de psicoterapias descritas, propuestas o indicadas. Tan buena es la psicoterapia como mala la “química”, ya que al contrario de esta, no cambia la personalidad, no daña el natural equilibrio; si acaso, lo mejora. La palabra se dirige al alma, mientras que el fármaco apunta al cuerpo, carnal, mundano y falible. En la tradición religiosa el vehículo de los milagros es la palabra; no existe registro de curación o resurrección mediando una sustancia, una pócima, mucho menos una pastilla. Es la palabra la que infunde sus específicas propiedades al agua milagrosa. Siendo sana, limpia y *buena*, parece inconcebible que la palabra sea iatrógena, como si todo acercamiento verbal careciera de secundarismos, excesos o efectos colaterales. Han quedado en el olvido la epidemia de falsos trastornos disociativos de la personalidad y las infundadas denuncias por abusos sexuales, que tantas familias destrozaron y que Richard McNally (19) definió como la mayor catástrofe en el campo de la salud mental desde la era de la lobotomía. El excesivo énfasis sobre la utilidad de ciertas psicoterapias, no sustentado (20), sugiere una inadecuada evaluación de los resultados. La magnificación del efecto de la psicoterapia parece ser efecto de la visión sesgada de lo natural y lo verbal como excelso y bueno.

Nada menos que en 1936, Rosenzweig (21) realizó un primer estudio sobre la efec-

tividad de las psicoterapias, concluyendo que existían en todas sus variantes elementos comunes tan frecuentes e importantes que las diferencias entre ellas eran pequeñas. Sus resultados se plasmaban la frase con la que el Dodo de *"Alicia en el País de las Maravillas"* emite su veredicto sobre el resultado de una carrera: *"todos han ganado, así que todos tendrán premio"*. El análisis, cuatro décadas después, por Luborsky et al (22), de 40 estudios sobre diferentes formas de psicoterapia, halló que todas eran efectivas, incluso cuando el tratamiento realizado era mínimo, lo que consagró la expresión "el veredicto del Dodo" para transmitir que las psicoterapias obtienen resultados similares, al margen de sus presupuestos teóricos. Smith y Glass (23), tras analizar 375 estudios, y Wampold (24) llegaron a conclusiones similares que hacen cuestionarse si la psicoterapia incorpora realmente elementos que no sean pura y básicamente relacionales. Moerman (25,26) considera que la psicoterapia es simplemente una buena interacción humana entre una persona necesitada y su terapeuta, en la que los factores responsables del éxito no son los elementos diferenciales de la técnica, sino la confianza, la creencia, la expectativa, la motivación y la esperanza. Para Wampold lo realmente efectivo es la alianza terapéutica, que —señala acertadamente— es esencial incluso en los tratamientos medicamentosos. Parece, pues, que el marco teórico de estas técnicas no es menos fantasmón que las verdades incompletas de la Neurociencia Ficción propagadas interesadamente la industria para promover sus fármacos. ¿Cómo puede ser esto?

Nuestra especie se caracteriza por dos rasgos —la prolongada crianza de las crías humanas y la solidaridad social de las comunidades primitivas— que son la base de la necesidad de ayuda y afecto... y del placebo (27). La solidaridad intragrupal tiene hondas raíces evolutivas, incluso paleopatológicas, como demues-

tra un cráneo de más de medio millón de años de antigüedad de un *H. Heidelbergensis* con graves malformaciones hallado en Atapuerca. Sus descubridores creen que el individuo sobrevivió a la primera infancia porque recibió un cuidado "conespecífico" suplementario de modo que su patología *"no fue un impedimento para que recibiera la misma atención"* que cualquier otro niño (28). El placebo asienta sobre estos rasgos tan humanos y es una forma de curación interpersonal. Lo esencial en la respuesta placebo es la colaboración de otro: el médico, o el chamán en sociedades primitivas. O el psicoterapeuta. O el homeópata. O el acupuntor. Porque las técnicas alternativas (o complementarias) carecen de fundamento desde el punto de vista científico (29), pero no puede negarse que sean de ayuda para algunas personas. Una ayuda basada en charlatanería, si se quiere, pero real, porque esos terapeutas acientíficos y —cómo no— fantasmas, ofrecen el marco de interés y ayuda necesario para que funcione el placebo.

¿Y qué tiene de malo movilizar el placebo? Todos podemos (y deberíamos) ser capaces de ponerlo en marcha, de activar un proceso de curación autogenerado en el sentido de que el placebo no aporta otra ayuda externa que no sean las ideas o impresiones implantadas en la mente del paciente. Todo el trabajo lo hace el cuerpo del paciente, pero son necesarias esas ideas que como señala Humphrey (30) deben proceder directamente (contacto personal) o indirectamente (libros u otro material) de otra persona; al igual que las cosquillas, el placebo requiere de un otro.

La respuesta placebo, creencia más que condicionamiento, remite al contexto específico de la dimensión social. Los mecanismos que subyacen al dolor son más complejos en nuestra especie que en otros animales por la importancia de lo social, que implica la posibilidad de recibir cuidado (atención médica) o, contrariamente, que la queja sea desautori-

zada, como sucede a pacientes con patologías dolorosas crónicas que son implícita o explícitamente acusados de exagerados, simuladores o “histéricos”. Evans (31) indica que a los actos consumativos que desencadena el dolor, como retirarse de la noxa de forma refleja o consciente, el *H. Sapiens* añade una variante social, la novedad evolutiva de buscar ayuda. Dar ayuda y darla bien es empezar a curar, y moviliza el placebo porque el doliente se siente ayudado por otro (recordemos que el placebo, como las cosquillas, es heteroaplicado). Ese otro ha evolucionado con el tiempo a sanitario. Pero, para ser eficaces, todas sus intervenciones deben cumplir los requisitos que Chummy Chúmez⁶ explicaba a su médico: *“Ustedes, doctor, sin tener conciencia de los efectos curativos que pueden producir con su presencia, son los verdaderos placebos. Basta con que nos estrechen la mano cuando entramos en su consulta, basta con que nos acompañen hasta la puerta de su consulta cuando se despiden de nosotros, basta con que nos miren con afecto y no con indiferencia, basta con que los enfermos adivinen que usted se está interesando por nuestra persona, basta con eso para que nosotros, los desdichados y asustados enfermos, nos sintamos mejor cuando salimos de su consulta que cuando entramos llenos de ansiedades”* (32).

Así pues, el contexto relacional puede potenciar (placebo) toda actuación sanitaria, pero también puede hacerla inútil o desagradable (nocebo). La adscripción extrema a algoritmos, protocolos, programas de psicoterapia, representa un culto a la forma y la técnica, más que una consideración del paciente, sus necesidades, su malestar y su dignidad. Como las personas queremos que nos quieran y sen-

tir que nuestro malestar importa a quienes nos tratan; si el sanitario se queda en el algoritmo o en el programa, su actuación será puro nocebo. Complementariamente, los remedios sofisticados y caros conllevan un gasto de dinero y tiempo que hace sentir al paciente que se valida su sufrimiento personal; por eso Espay y colaboradores han observado que en pacientes con Parkinson el placebo es más efectivo si el paciente cree que es caro que si lo cree barato (33).

Retomemos los ritos de formación sanitaria. Juan Gervas (34) apunta que los estudiantes de Medicina se seleccionan entre quienes consiguen mejores notas en los estudios preuniversitarios y que en España los así seleccionados están fuera de la “normalidad”. Para el autor, son “monstruitos” que no representan la media ni de los estudiantes ni de la población. En general, indica, logran sus calificaciones con una enorme capacidad de sacrificio y autocastigo que guarda poca relación con valores necesarios para ser un buen médico, como ternura, sensibilidad, piedad, inteligencia, ética, empatía, cortesía, compromiso, compasión y capacidad de comunicación: los valores del médico placebo de Chummy Chúmez. Para Gervas *“necesitamos seleccionar a los estudiantes de medicina por su capacidad intelectual, pero también por su capacidad para comprometerse a largo plazo con los pacientes y poblaciones y con sus compañeros y su profesión. Es clave que sean ricos en los valores necesarios para ser un buen médico”*. Apegarse a la técnica (para lo que entrena la facultad) deja de lado al enfermo y a sus necesidades.

El druida Amnésix, antes aludido, sabe que lo que necesitan las personas es ayuda para vivir con sus problemas. En el viejo esquema de la OMS, sería más útil compensar la discapacidad o la limitación funcional que intentar a todo trance eliminar el defecto o el síntoma. Para ayudar al transítivista que se

⁶ Chummy Chúmez, nacido José María González Castrillo (1927-2003). Humorista gráfico, escritor y director de cine. Colaboró con *La Codorniz* y fundó *Hermano Lobo*

cree un jabalí, Amnésix le enseña a caminar a dos patas, haciendo que su problema sea menos aparente (y, diríamos hoy, genere menos rechazo social). Y para procurar alivio al fóbico que teme que el cielo se desplome sobre su cabeza, le entrena a caminar sobre las manos: así la bóveda celeste topará antes con sus pies. El pragmático y sensible Amnésix se centra en los problemas de sus pacientes y busca soluciones, sin obcecarse en borrar el síntoma con boticas (pociones) o psicoterapias que le imponen marcos de referencia profesional. ¿Sabremos los fantasmas despojarnos de nuestras sábanas (o pieles de armiño) técnicas, químicas, verbales, o “naturales”, para redescubrir nuestra función y nuestro arte, para ser los profesionales placebo que necesitan los pacientes?

...y el que no lo reconozca es un caaa...

Así, dejando que la imaginación del oyente completase la palabra, terminaba la versión de “Los fantasmas” de “*Desde Santurce a Bilbao Blues Band*”. Razón lleva la canción al descalificar a quien no asume sus limitaciones, su prepotencia y sus fantasmadas. Zarifian recuerda que las diversas profesiones que pueblan el ecosistema laboral de la Salud Mental viven del sufrimiento ajeno (35): “*El neurótico es quien fabrica castillos en el aire; el psicótico, quien vive en ellos; y el psiquiatra... quien cobra los alquileres*”.

Una especialidad dada a encontrar beneficios secundarios o terciarios en el paciente debería reparar en el beneficio material y social que obtiene el profesional. Pero los sanitarios, y los dedicados a lo psi, en particular, no somos tan importantes como solemos creer. Una reseña periodística proclamaba: “*Por fin alguien ha definido el valor de un psiquiatra. Un individuo que retenía rehenes a punta de*

pistola en el Hospital St Jude de Memphis liberó a uno de ellos -un psiquiatra- a cambio de cinco hamburguesas normales, cinco hamburguesas con queso y unas patatas fritas” (36).

Nuestro valor, muy superior al de ese lote de comida basura, no radica en la técnica, el oropel del supuesto conocimiento o los aires de grandeza que lindan con la prepotencia y generan desencanto en pacientes y profesionales. La relación terapéutica, ese encuentro privilegiado con otro ser humano, da sentido a nuestra profesión y a nuestra esencia como personas. Más que en técnicas o modelos, los profesionales nos reconocemos unos a otros en ese empeño común y en esa experiencia gratificante que compartimos. Nos respetamos y apreciamos la valía de colegas en esa especial dimensión y no en otras más vistosas y fantasmonas. Y valoramos a colegas placébricos (y placébricas) porque hemos elegido ayudar, y buscamos hacerlo. Que siga siendo así y que la técnica, la neurociencia ficción, los programas de tratamiento o las sagradas escrituras de nuestros respectivos gurús no confundan ese empeño.

Bueno, ya vale. Antes de cerrar definitivamente la sección como cerraba sus noticieros en “El Papus” el gran Ivá⁷, no puedo por menos, lector o lectora, que hacerte llegar un cordial saludo de despedida de parte de estas cinco hamburguesas normales, más cinco hamburguesas con queso, más unas patatas fritas.

Oración despedida y cierre. Piúiiiiiiiiiiiiiiiiii iiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii...

⁷ Ivá, nacido Ramón Tosas Fuentes (1941-1993): Historietista de Barrabás, *El Papus* y *El Jueves* (“*Historias de la puta mili*”, “*Makinavaja*”). En *El Papus* publicaba un noticiario semanal, comentando titulares de periódicos, que se cerraba a la manera en que TVE concluía cada noche sus emisiones: Oración, despedida y cierre, seguido de un pitido de desconexión

FUENTES

(1) Walter G. The naming of our species: Appellations for the psychiatrist. *Aus N Zel J Psychiatr* 1991; 25: 123-128 [Abstract en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2049009>]

(2) Walter G. The psychiatrist in american cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 167-172 [Abstract en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1543044>]

(3) Medrano J, Malo P, Uriarte JJ, López AP. Stigma and prejudice in Tintin. *BMJ* 2009; 339: 1406-7.

(4) Porcel Torrens A. Almanagues de locos: la representación popular de la locura en la España de la Postguerra. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2015; 127:649-671

(5) Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 316-9 [Abstract en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15740468>]

(6) Szykiersky D, Raviv A. The image of the psychotherapist in literature. *Am J Psychother* 1995; 49: 405-15 [Abstract en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8546237>].

(7) Rollman BL, Mead LA, Wang N-Y, Klag MJ. Medical specialty and the incidence of divorce.

(8) Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295-2302 [Accesible en: <http://mwia.net/wp-content/uploads/2012/07/SuicideRatesAmongPhysicians.pdf>]

(9) Pabbati C. Symptoms of Depression as a Function of Sex and Level of Training Amongst Healthcare Professionals. Poster presented at the 168th meeting of the American Psychiatric Association. 16 May 2015. Comentario en: <http://www.psychcongress.com/article/suicide-attempts-high-among-female-medical-professionals-22417>

(10) Wright DJ, Roberts AP. Which doctors die first? Analysis of BMJ obituary columns. *BMJ* 1996; 313: 1581-2 [Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359095/>]

(11) Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1377-85 [Accesible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1351351>].

(12) Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. Secondary Trauma Issues for Psychiatrists. *Psychiatric Times*, November 17, 2010 [Accesible en: <http://www.psychiatrictimes.com/ptsd/secondary-trauma-issues-psychiatrists>]

(13) Rathod S, Mistry M, Ibbotson B, Kingdon D. Stress in psychiatrists: coping with a decade of rapid change. *The Psychiatrist* 2011; 35: 130-4 [Accesible en: <http://pb.rcpsych.org/content/35/4/130.full-text.pdf+html>]

(14) Bud R. Antibiotics. From germophobia to the carefree life and back again: the lifecycle of the antibiotic brand. En: Tone E, Siegel Watkins E. *Medicating modern America. Prescription drugs in history*. New York: New York

(15) Juramento hipocrático. Actualización de la fórmula hipocrática que llevó a cabo la Asociación Médica Mundial (Asamblea General, celebrada en Ginebra, 1948), luego revisada en 1968 (Sydney) [Accesible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf>]

(16) Bamforth I. Knock: a study in medical cynicism. *Med Humanit* 2002; 28: 14-8 [Accesible en: <http://mh.bmj.com/content/28/1/14.long>].

(17) Bell J. Treatment dependen-

ce: preliminary description of yet another syndrome. *Br J Addict* 1992; 87: 1049-54 [Abstract en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1643398>].

(18) Lipsitt DR. White coat: to wear or not to wear? *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 89

(19) Richard McNally Amicus Letter. June 3, 2005 [Accesible en: <http://ncrj.org/get-informed-2/richard-mcnally-amicus-letter/>]

(20) Taylor M, Perera U. NICE CG178 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management - an evidence-based guideline? *Br J Psychiatry* 2015; 206: 357-9 [Abstract en: <http://bjp.rcpsych.org/content/206/5/357>].

(21) Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes'". *Am J Orthopsychiatry* 1936; 6: 412-5

(22) Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "Everybody has won and all must have prizes"? *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc* 1976; (64): 3-22.

(23) Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977; 32: 752-60 [Abstract en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1978-10341-001>].

(24) Wampold BE. *The great psychotherapy debate*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 2001

(25) Moerman DE. *Meaning, medicine, and the "placebo effect"*. Cambridge University Press: New York.

(26) Moerman DE, Jonas WB (2002). Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med* 2002; 136: 471-6 [Abstract en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11900500>].

(27) Miller FG, Colloca L, Kaptchuk TJ. The placebo effect: illness and interper-

sonal healing. *Perspect Biol Med* 2009; 52: 518-3 [Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814126/>]

(28) Gracia A, Arsuaga JL, Martínez I, Lorenzo C, Carretero JM, Bermúdez de Castro JM, et al. Craniosynostosis in the Middle Pleistocene human Cranium 14 from the Sima de los Huesos, Atapuerca, Spain. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009; 106: 6573-8 [Accesible en: <http://www.pnas.org/content/106/16/6573.full>]

(29) Goldacre B. *Mala ciencia*. Barcelona: Planeta, 2012

(30) Humphrey N. Great expectations: the evolutionary psychology of faith-healing and the placebo effect. En von Hofsten C, Bäckman L (eds). *Psychology at the Turn of the Millennium, Vol. 2: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Hove: Psychology Press; p. 225-46, 2002.

(31) Evans D. *Placebo. El triunfo de la mente sobre la materia en la medicina moderna*. Barcelona: Alba, 2010.

(32) Chumez C. *Cartas de un hipocóndriaco a su médico de cabecera*. Madrid: EDAF, 2000

(33) Espay AJ, Norris MM, Eliassen JC, Dwivedi A, Smith MS, Banks C et al. Placebo effect of medication cost in Parkinson disease: a randomized double-blind study. *Neurology* 2015; 84: 794-802 [Abstract en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25632091>].

(34) Gervas J. ¿Quiere buenos médicos? ¡Seleccione mejores estudiantes! *Acta Sanitaria*, 26 de abril de 2015 [Accesible en: <http://www.actasanitaria.com/quiere-buenos-medicos-seleccione-mejores-estudiantes/>]

(35) Zarifian E. *Los jardineros de la locura*. Espasa-Calpe, Madrid, 1990

(36) The Times, 8 febrero 1982; citado en Hume F, Pullen I: *Rehabilitation in psychiatry*. Churchill-Livingstone, Edinburgh, 1986