

**The Txori-Herri Medical Journal.
Antologia I.**

**Pablo Malo
Juan Medrano
José J. Uriarte**

www.txorihherri.com

© Pablo Malo, Juan Medrano, José J. Uriarte

ISBN: 84-96536

Depósito legal:

Diseño, maquetación y producción: Joseba Berriotxo - www.erroteta.com

Impresión:

Printed in the EU.

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse, grabarse o transmitirse en forma alguna, cualquiera que sea el método utilizado, sin autorización expresa por escrito de los titulares del Copyright.

The Txori-Herri Medical Journal. Antologia I.

**Pablo Malo
Juan Medrano
José J. Uriarte**

www.txorihherri.com



**The European Foundation for Non Quality Management /
EFNQM /Fundación Europea para la Gestión de la No-Calidad**

certifica que:

Tras examinar la documentación presentada y con el preceptivo estudio de nuestros evaluadores, verificamos que THE TXORI – HERRI MEDICAL ASSOCIATION y su publicación oficial, THE TXORI – HERRI MEDICAL JOURNAL,

- No ha obtenido la Q de plata, ni nada que se le parezca
- Ha alcanzado su grado máximo de incompetencia
- Los resultados de sus indicadores son pésimos
- Cree que el EFQM es un sistema de equipos de sonido
- Tiene entendido que Avedis Donabedian es un base (play-maker) de la NBA
- Ha obtenido el premio Murphy “lo que no mejora empeora” y el premio Peter a la máxima incompetencia y a la txapuza continua

Por lo que se expide el presente diploma de no-calidad y desgracia total

En Mauleon (Zuberoa), a uno de enero de dos mil siete

Preámbulo

Se me ha solicitado por parte del Editorial Board del “*Txori-Herri Medical Journal*” un comentario a modo de introductoria antífona a la presente recopilación de documentos científicos que vieron inicialmente la luz en las páginas de la precitada publicación.

Tras reflexionar sobre la solicitud, plúgome dignificar a este volumen satisfaciendo el encargo con el que sin duda el mencionado sanedrín editorial desea compensar el penoso olvido, en esta antología, de alguno de los trabajos con los que en su momento di lustre a la revista. Merced inmensa, dicho sea de paso y con mi natural modestia, para una publicación no indexada, y al que hasta la fecha sus petímetros promotores no han sabido corresponder como se merece.

El “*Txori-Herri Medical Journal*” vio la luz, en su primera época, a finales otoño de 1988. A finales de un plácido mes de octubre se celebró, con la asistencia de la florinata de la sacerdotal profesión médica, un acto de inauguración, del que guardo el imperecedero recuerdo de que sólo se sacó jamón en la mesa del Editorial Board (una actitud que define perfectamente su mezquindad y su nulo saber estar) mientras los primeros espadas del arte y ciencia de Esculapio (o sea, mía) debíamos contentarnos con unas croquetas desiguales en forma, sabor y textura que constituyeron lo más excelso de tan deslavazado ágape. Navegó la publicación con cierta fortuna a lo largo de un año, esforzándose en esquivar el justo celo y la supervisión atinada de Don Julián, el recto administrador del hospital, siempre alerta ante los excesos fotocopiadores de sus noveles autores en su afán por editar el máximo número posible de ejemplares.

Tras un año de barbecho o hibernación, la revista reemprendió su marcha en 1991, siendo desde entonces lo más notable y característico el ritmo aleatorio e impredecible con el que veían la luz sus sucesivos números. Pasados unos años, apagóse su existencia, sin alharaca ni resonancia alguna en el mundo de la comunicación científico – médica. Dicen los promotores que se les acabaron las ideas, como si alguna vez hubieran tenido alguna. Seca la inspiración de sus banales autores, la revista pasó, sin pena ni gloria, al mundo de lo que fue y no pudo seguir siendo, demostrándose así que no era sino otra de esas humanas empresas efímeras, inconsistentes, etéreas, diríase, como, por otra parte, cabía esperar conocida la naturaleza diletante de sus promotores.

Mas pasados los años, la inagotable disposición, al modo de un atávico instinto, del trío editorial por aburrir con sus ocurrencias al respetable, junto con su inmadura e inquebrantable fe en la posibilidad de obtener recursos económicos más o menos lícitos con los que complementar su mejorable mesnada, les ha llevado a seleccionar la antología que el lector tiene en sus manos. Un apresurado y superficial examen de sus contenidos me permite concluir que, una vez más ni son todos los que están ni, sobre todo, están todos los que son. Algunos de los trabajos seleccionados no reúnen los básicos requisitos que exijo a los más torpes de mis doctorandos y, lo que es más trágico, faltan algunas de mis contribuciones a la revista a lo largo de sus años de zigzagueante existencia. Me aseguran los promotores que si el libro goza de la aceptación del público y si la distinguida empresa farmacéutica que lo sponsoriza persiste en su empeño de diseminar en el mundo la Ciencia, bien podrían publicarse nuevos tomos que recojan, compensando el olvido, la injusticia y la ignorancia, la totalidad de mis trabajos. Sea así.

*Profesor Dyonisios W Esculapio
Catedrático de Todo
Departamento de Medicina Total
El Pireo University
Atheens, Greece*

Introducción

En el lejano 1988, uno de nosotros presentó a un concurso de cuentos organizado por una revista médica un ejercicio burlesco que emulaba el fondo y el estilo de los artículos habituales de este tipo de publicaciones. Sorprendido por lo mucho que le divirtió escribir su inocente gamberrada, propuso a sus compañeros residentes y exresidentes recientes editar en el hospital en que trabajaban una revista pseudocientífico – médica con artículos satíricos. La idea fue muy bien recibida, y de esta manera nació, en otoño de aquel año, “*The Txori-Herri Medical Journal*”. La realidad supera a la ficción y a las pocas semanas de aparecer el primer número del THMJ, el artículo que dio lugar a la idea obtuvo un accésit en el concurso al que se presentó.

El entusiasmo y la fecundidad de sus iniciales redactores (los autores de esta recopilación, así como Mertxe G, Jon L, Andrés M) permitieron publicar la revista con una periodicidad casi mensual durante un año, transcurrido el cual optamos por suspender su edición, a raíz de una serie de avatares, entre los que destacaban, como bien recuerda el Profesor Esculapio en su preámbulo, las dificultades para seguir reproduciendo entre 30 y 60 ejemplares por número en la fotocopidora del hospital. Era complicado encontrar el momento en que no hubiera moros en la costa o en que, si los había, hicieran la vista gorda a nuestro derroche de recursos públicos.

Pero el THMJ nos tiraba mucho y pasado algo más de un año lo hicimos renacer. El ritmo de edición, a partir de entonces, fue mucho más lento e impredecible, y durante un tiempo sólo pudimos editar un número anual. Nuestros iniciales compañeros no se engancharon a la nueva época de la revista, pero nos dejaron uti-

lizar sus trabajos y su ingenio en un número que en 1994 recogió una antología del inicial THMJ. Como recambio, en la segunda época contamos con trabajos de otros colegas, aunque no en la medida que nos hubiera gustado. Para evitar los problemas técnicos que nos ahogaron en 1989, solicitamos la cooperación de diversos laboratorios, que generosamente nos costearon las fotocopias de los primeros números. Estamos por ello muy agradecidos a Rafa M, Valentín C y Javi A. Más adelante, Roberto C nos puso en contacto con un magnífico profesional, David Carballal, que ilustró y maquetó la revista desde 1996.

El contacto con la industria también nos permitió conseguir una mayor y mejor divulgación del THMJ, que fue así conocida más allá de los muros del hospital psiquiátrico en que empezamos a editarla. Algunos de sus artículos tuvieron incluso un cierto eco: aún nos llama la atención el éxito que ha tenido el término “Pichigüili”, que tras ser acuñado por uno de nosotros, se ha incorporado al mundillo de la distribución de baratijas en los stands de los laboratorios en los eventos congresuales.

En 1997 nos metimos en otros berenjenales, editando un boletín en Internet, “*The Txori-Herri Medical News*” y gradualmente fuimos dedicando menos tiempo a nuestra querida revista, de la que no hemos publicado ningún número desde 1999 por diversos motivos. Por una parte, nos hemos dispersado en ocupaciones, por lo general estúpidas y poco creativas –pero, digamos, políticamente correctas–, de las muchas que cubre el amplísimo paraguas de la actividad profesional y paraprofesional de los psiquiatras. Además, han sido escasas las colaboraciones externas, obligándonos a exprimir aún más nuestros ya trabajados recursos intelectuales. También ha sido determinante el silencio de nuestro último sponsor a nuestras propuestas. Pero sobre todo, creemos que ha influido mucho el hecho de que a medida que nos hacemos viejos vamos comprobando que los cambios y modas asistenciales y psiquiátricas están aventajando con mucho a nuestras más retorcidas fantasías juveniles, lo que nos apena y nos llena de perplejidad. No es que la realidad supere a la ficción: es que le mete unas goleadas escandalosas; le saca doscientos cuerpos, veinte traineras

(apréciese la imagen marinera, denotadora de nuestra procedencia geográfica); la machaca, en definitiva. Como muestra, el botón de la cultura de calidad, o de la búsqueda de la excelencia o todo ese léxico tan de moda, a caballo entre el catequista plomizo y el maquista trasnochado, que ha terminado de contaminar la jerga de gestores y de algunos clínicos. Tenemos que reconocer que es insuperable. Llevamos años con la ilusión de editar un monográfico de nuestra revista sobre “*Calidad y Estas Cosas*” pero a pesar de nuestros esfuerzos no podemos siquiera acercarnos al ingenio y la chispa surrealista de los calidólogos. *Touchés*.

Atenazados entre la frustración que nos supone ver que hay otras personas más graciosillas que nosotros y las ganas de denunciarlas por competencia desleal, hemos aparcado (ojalá que no definitivamente) la ilusión y el impulso iniciales. Pero como el THMJ nos tira mucho, y hay gente que aún lo recuerda, hemos decidido reeditar sus contenidos, en la esperanza de que al revisarlos superemos nuestra depresión creativa y recuperemos el ánimo y la autoestima precisos para volver a publicar la revista.

Este volumen contiene una selección de artículos que cubren los doce años de existencia de la revista, así como otros, no publicados, que quedaron en la reserva a la espera de que lleguemos a completar otro número. Se complementan algunos de ellos con las cartas al director que recogen la profunda discusión científica a la que en su momento dieron lugar los artículos originales. Y todo se remata con un autotest que esperamos sea el prelude de una lucrativa actividad repartiendo créditos a diestro y siniestro entre los lectores que demuestren su aprovechamiento y abonen las correspondientes tasas de *continuing medical education*. Nos queda todavía un abundante material que podríamos recuperar si este libro goza de una buena acogida por parte de lectores y sponsors. Esperemos, además, que superemos nuestro perplejo abatimiento y consigamos que algún día el THMJ cabalgue de nuevo, no sobre rutas ya trilladas y trabajadas, sino sobre amplias y renovadas avenidas. Hala, a pasarlo bien.

Por el Editorial Board, Don H Logan Jr

Instrucciones para los autores. Normas de publicación

Los manuscritos deben ser remitidos a la siguiente dirección:

The TXORI-HERRI MEDICAL JOURNAL

Apartado de Correos 3188

01080 VITORIA

Por supuesto, no deben haber sido publicados ni haber sido remitidos para revisión a ninguna otra revista. El artículo debe venir acompañado de una declaración firmada por todos los autores por la que se transfiere a, asigna u otorga la propiedad del copyright y los derechos de publicación y explotación a *The Txori-Herri Medical Association Press, Inc.*

Requisitos de los Autores: Los autores que quieran ver sus artículos publicados en *The Txori-Herri Medical Journal*, no deben tener antecedentes penales, ni usar chamarra de cuero ni calcetines blancos, deben saber comportarse en sociedad tal como se especifica en el *Libro del Saber Estar* (que puede encontrarse en cualquier librería), deben haber leído *El Quijote* (ha de adjuntarse certificación ad hoc del maestro del barrio), deben poseer en su discografía algún disco de la década de los 80 o más reciente, haber visto *Blade Runner* por lo menos una vez y no ser fans de *Madonna*, *Phil Collins*, *Mecano* ni gente por el estilo. Pueden ser porno adictos pero no culebreros, y los que han visto *Memorias de Africa* quedan automáticamente excluidos y ellos lo saben.

Requisitos de los Manuscritos: *The Txori-Herri Medical Journal* es una revista pseudocientífico-médica seria que publica exclusivamente artículos originales en cualquiera de sus modalidades: revisiones, casos clínicos, estudios de investigación, cartas al director, etc. Los manuscritos que no se ajusten a estas características no serán considerados para publicación, y conste que lo advertimos de antemano. Cualquiera que lea la revista ya sabe cómo deben ser los artículos y el riguroso enfoque científico-médico que deben dar a los mismos.

El texto debe venir impreso a doble espacio sobre papel blanco tamaño DIN A4. Se considerará un mérito especial que se adjunte un diskette con el texto, a ser posible en un procesador de texto facilito para PC (Winword ó WP).

En cuanto al estilo debe ser alegre y desenfadado, desprovisto de jerga y palabras soeces, y ha de cuidarse la ortografía. Con respecto al tratamiento estadístico, como somos de letras y no queremos perder el tiempo, debe incluirse el nombre, número de colegiado y teléfono del estadístico que ha revisado el trabajo, así como el acta notarial de dicha revisión. Advertimos, por si alguien pretende engañarnos, que de todos modos sometemos los datos al programa F-19 Star Fighter y si no consiguen un mínimo de 15.000 puntos con aterrizaje perfecto quedan descalificados.

Responsabilidad de los Autores: Los autores son los únicos responsables de todo lo que dicen en sus artículos y deben mandarnos su dirección y número de teléfono, por si la Policía necesitara interrogarles.

Referencias. Consentimiento Informado: En las referencias debe incluirse por lo menos un artículo de algún número previo de *The Txori-Herri Medical Journal*. Cuantas más referencias de *The Txori-Herri Medical Journal*, más probabilidades de que se lo publiquemos. Esto es importante: siempre que se utilicen seres humanos como sujetos de investigación debe ser con su consentimiento (lo que hagan Uds para conseguirlo es asunto suyo, pero a nosotros nos lo exigen).

Ilustraciones: Nos encantan, y cuanto más calientes, mejor

Publicidad: Los anuncios publicitarios serán revisados para comprobar que reúnen las características de veracidad, honestidad, seguridad, aplicabilidad, responsabilidad y eficacia, aunque todo es negociable (con la única excepción de los crecepelos, crecetetetas, crecepenes y demás, que ya está bien lo suyo).

Somero Sumario

Editoriales:

Por una Psiquiatría Exacta: La meritoria aportacion del congreso de Loiu (1993)

Ética de nuestra relación con los laboratorios. Una propuesta (1998)

El Derecho a la Libre Elección de Patria (1999)

Artículos publicados:

Bases neuroanatómicas del inconsciente: Una aproximación psicofisicoultraestructural, *by WY Astrabudua, et al* (1988)

Reflejo Norma Jean y Esquizofrenia, *by P Pitiklinov* (1988)

Problematica interestructural: Un abordaje multisistemico, *by J O'Entien D'Onada and I Ymporta* (1988)

Funciones Psicobioquímicas de la 5Hidroxi Triptamina (Vulgo: Serotonina), *by*

AOE da Correia do Nascimento da Virxen Maria e do Ninho Jesús (1988)

Gafomas: Facts and Figures, *by DW Esculapio et machacas* (1989)

Demostración Científica de la Superioridad del Hombre sobre la Mujer, *by DW Esculapio* (1989)

Psiquiatría Bacteriológica: Bases teóricas aplicaciones y aplicaciones prácticas, *by L Pastorelli* (1991)

Panfilón, El Antidepresivo Campeón, *by CA Smith* (1991)

Trastorno Delirante Erotomaniaco en la Escherichia, *by L Pastorelli* (1992)

Una nueva conceptualizacion de la formacion del MIR, *by DW Esculapio* (1993)

La Fase Nasal: La Etapa Olvidada del Desarrollo Libidinal, *by DH Logan, P Pitiklinov, CA Smith* (1993)

De la Ephectividad et la Especiphicidad De las orasziones a los Santos Cosme et Damián Cuando de sanar los males de los Homes Enfermos Tratan Nuestras labores, *by A de Bedia* (1993)

El fanatismo, la intolerancia, y otras enfermedades transmitidas por ideovirus, by *WG Andrakas* (1995)

Captura de Pichigüillis: Disciplina de creciente importancia, by *CA Smith* (1997)

Niveles de colesterol en monjas clarisas: Estudio comparativo frente a dos grupos control (1997), by *J-D Laplagne, JM Leibnitz, M-F Laplagne*.

Propuestas para la Contención del Gasto Sanitario, by *Comisión de Estudio de Problemáticas de la THMA* (1998)

Formación MIR Hospitalaria vs Formación MIR Comunitaria: Un Estudio Comparativo Evolutivo de 4 años de Seguimiento, by *CA Smith* (1998)

Caso Clínico, by *Anonimous* (1998)

Unpublished:

Definición de paso cebrá. Un problema epistemológico, by *TP Mulligan*

Diagnóstico psiquiátrico por medio de GPS, by *P Pitiklinov*

Urbanidad en la mesa en un grupo de psiquiatras y profesores universitarios de Psiquiatría, by *Comando Dondelasdan*

El testimonio de nuestros lectores: Grand Round at the Txori – Herri Medical Center, by *Luis M^a X*

Position Statements de la THMA, by *Don H Logan Jr*

Sobre si el Athletic de Bilbao debe contratar jugadores extranjeros (1997)

Sobre nomenclatura de receptores de neurotransmisores (1998)

Por un sistema claro y eficaz de exhibición curricular en los profesionales de Salud Mental (1999).

Por una Psiquiatría Exacta: La meritoria aportación del congreso de Loiu

Aunque hay acuerdo en cuanto a que el mayor defecto de la Psiquiatría es que es la rama de la Medicina que ha dado lugar a los psiquiatras, otro gran fallo, fuente de no menos críticas, es su falta de exactitud, su carencia de elementos que permitan una valoración diagnóstica objetiva de los problemas de los pacientes. ¿Cómo saber si un paciente está muy o poco deprimido? O incluso, ¿cómo saber si está deprimido?

En la Medicina tecnificada de los años 90 no hay lugar para zarandajas del tipo de la clásica empatía. Sin embargo, y por desgracia, no disponemos aún de martillos de reflejos psíquicos, ni de fonendoscopios que auscultan el alma, ni podemos deducir el estado mental de un paciente a partir de una técnica radiológica (invasiva o no). Lógico es, pues, que ante esta falta de elementos objetivos la Psiquiatría sea una fuente de conflictos y que muchos profesionales de otras especialidades consideren que no resuelve nunca nada.

Los intentos de objetivar los trastornos mentales han sido más heroicos que exitosos. El signo de Veraguth, pliegue palpebral supuestamente específico de la depresión y el Test de Supresión con Dexametasona, de resultados tan espectaculares como contradictorios, no pasan de ser loables intentos de dudosa dimensión práctica. Y las escalas, como la de Hamilton para la Depresión o la Ansiedad, tienen un valor cuantitativo escaso, siendo probablemente más útiles para valorar la evolución del cuadro en un mismo paciente.

Con el fin de intentar corregir este estado de cosas se celebró hace años un I Congreso Internacional para la Exactificación de la Psiquiatría en Canberra (Australia). Este congreso, que reunió a eminentísimas figuras de la Psiquiatría Mundial, fue desalentadoramente baldío. No se alcanzaron conclusiones válidas y además

hubo numerosas quejas por lo pobre y escaso de los manjares servidos en las comidas de trabajo.

Sin embargo parece que en el deseado año 92 podríamos asistir a un radical cambio de la situación. Hace apenas unos días se ha clausurado el II Congreso Internacional para la Exactificación de la Psiquiatría, celebrado en Loiu (Bizkaia), bajo los auspicios de la Txori-Herri Medical Association con un éxito absoluto y total. En primer lugar, los destacados autores que han asistido al mismo han indicado que la comida (catering) ha sido excelente. En segundo lugar se ha acordado la adopción de un sistema de medida y cuantificación de los trastornos mentales que permitirá conocer con exactitud los problemas de los pacientes y la intensidad de los mismos.

Se han propuesto unidades internacionales de Patología Psiquiátrica que permitirán cuantificar los síntomas de los pacientes. Así, se ha acordado adoptar el tristio y el neurio, como unidades de la depresión y la ansiedad, respectivamente. El tristio ha sido la auténtica estrella del Congreso. Su abreviatura es **tr**, y viene definido de tres maneras alternativas (Tabla 1):

- 1.- El tr es la milésima parte del Kilotr; es decir: $1 \text{ tr} = 0,001 \text{ Ktr}$, o bien, $1 \text{ Ktr} = 1000 \text{ tr}$.
- 2.- El tr contiene mil militr; es decir: $1 \text{ tr} = 1000 \text{ mtr}$, o bien, $1 \text{ mtr} = 0.001 \text{ tr}$.
- 3.- El tr es la cantidad de depresión equivalente a la puntuación 1 en la Escala de Depresión de Barrymore-Leblanc.

La escala de depresión de Barrymore-Leblanc, presentada igualmente en el Congreso, es un útil y cómodo elemento diagnóstico compuesto de 456 items (cada uno de los cuales se puntúa de 0.03 a 20) que incluyen los clásicos síntomas del síndrome depresivo y el Veraguth, el resultado del Test de Supresión con Dexametasona, la concentración en LCR de los metabolitos de serotonina y noradrenalina, y otros valores de diversos tests somáticos (incluyendo plaquetas, calcio, metales monovalentes, parásitos en heces y una completa batería hormonal). Para utilizar esta escala es recomendable dis-

poner de un programa informático (El B-L Depredada), que permite, en pocas horas, cuantificar la depresión del paciente.

En una polémica intervención, el Profesor Dwyer, de Indianapolis, ha sugerido que la puntuación total en tristos podría servir de índice para estimar la dosis de tratamiento requerida. Por ejemplo, para depresiones por debajo de 1 tr basta con etiquetar de dependiente o pelma al paciente; entre 1 tr y 100 tr (1 hectatristio o Htr) habría que utilizar una determinada cantidad de antidepressivo; por encima de 1 Htr, una cantidad mayor, etc (Tabla 2).

Otro punto que suscitó controversia fue la oposición de la delegación británica al Sistema de múltiplos y submúltiplos del Tristio (Tabla 3). Con su conocida aversión al sistema métrico decimal esta escuela propone la adopción del "Saddy" (equivalente a 9,327 tristios) como unidad de depresión. El Saddy, a su vez, tiene su propio sistema de múltiplos y submúltiplos: El "Mournfully", equivalente a 12 saddies, sería el principal múltiplo, en tanto que el "Pitily" (un veinteavo de saddy), es el principal submúltiplo (Tabla 4 y 5).

A pesar de estas discrepancias, parece claro que a no mucho tardar dispondremos de elementos para objetivizar y cuantificar nuestros hallazgos clínicos, con lo que Psiquiatría no se sonrojará en sus encuentros con otras ramas de la Medicina. Asimismo, el acervo cultural se enriquecerá notablemente, ya que en lugar de hablar de "*una depresión enorme*" el vulgo podrá decir que se le ha diagnosticado de una depresión de -pongamos por caso- 357 tr. En definitiva, como señaló acertadamente el Profesor Pitiklinov, de la *Txori-Herri Medical Association*, en la Mesa de Clausura, la Psiquiatría, la Medicina, la Humanidad y la Ciencia están de enhorabuena.

TABLA 1: Definiciones del Tristio

- * El tristio es la milésima parte del Kilotristio; es decir: 1 tr = 0,001 Ktr, o bien, 1 Ktr = 1000 tr.
- * El tristio contiene mil militristios; es decir: 1 tr = 1000 mtr, o bien, 1 mtr = 0.001 tr.
- * El tristio es la cantidad de depresión equivalente a un score de 1 en la Escala de Depresión de Barrymore-Leblanc.

TABLA 2: Cuantía de Depresión en Tristios y Actitud Terapéutica seguir

(Según Dwyer, 1992)

- * Depresiones inferiores a 1 tr:
 - Considerar personalidad dependiente
 - Considerar personalidad pelma
- * Depresiones entre 1 y 100 tr:
 - Antidepresivo: Panfilón: 100 a 300 mgr/d
 - Antidepresivo: Felicitina: 25 a 75 mgr/d
- * Depresiones entre 100 y 5000 tr:
 - Panfilón: 300 a 500 mg/d
 - Felicitina: 100 a 200 mg/d
- * Depresiones entre 5000 y 9120 tr:
 - Panfilón: 500 a 1000 mg/d
 - Felicitina: 300 a 500 mg/d
 - Terapia Electroconvulsiva
- * Depresiones por encima de 9120 tr:
 - Considerar error al sumar
 - Considerar error en el Depredata

TABLA 3: Equivalencias del Tristio

1 Tristio = 1000 militristios (mtr)
100 centitristios (ctr)
10 decitristios (dtr)
0.1 decatristios (Datr)
0.01 hectatristios (Htr)
0.001 Kilotristios (Ktr)

TABLA IV: Medida de la Depresión según la Escuela Británica

Unidad Base: Saddy (Sd)
1 Sd = 20 pitilies (py)
1 Sd = 1/12 mournfullies (my)

TABLA V: Equivalencias Sistema Métrico Decimal a Sistema Británico

1 Sd = 9,327 tr
1 My = 12 Sd = 111.924 tr
1 Py = 1/20 Sd = 0,46635 tr

Ejemplo: Sea una depresión de 10,5 Tr en Italia: ¿Cuál sería su valor en Inglaterra?

$$10,5 \text{ tr} : 9,327 = 1.13 \text{ Sd} = 0.09 \text{ My} = 22.6 \text{ Py}$$

Ejemplo: En una clínica para trastornos afectivos de Essex se ha cuantificado una depresión en 124,56 py. ¿Cuál sería su valor en el sistema internacional?

$$124.56 * 0.46635 = 58.09 \text{ tr}$$

Ejemplo: Sea una Depresión de 1 my, 8 Sd y 17 py. Con arreglo a la propuesta de Dwyer, ¿qué dosis de Panfilón sería recomendable para su tratamiento?

$$1 \text{ my} 8 \text{ Sd} 17 \text{ Py} = 417 \text{ Py} = 194.47 \text{ Tr}$$

Rta: De 300 a 500 mg/d

(THMJ, 1992)

Ética de nuestra relación con los laboratorios. Una propuesta.

Queridos colegas y amigos, reconozcámoslo, nuestras relaciones con los Laboratorios pueden ser calificadas desde el punto de vista ético como bastante confusas, turbias o irregulares, y me explico. Por mucho que miremos para otro lado y nos hagamos los suecos vivimos un momento en el que proliferan las invitaciones a Congresos, Simposiums y todo tipo de viajes nacionales e internacionales cubierto todo ello con un barniz supuestamente científico que da cargo de conciencia. A ello hay que sumar otro tipo de colaboraciones o ayudas que no voy a enumerar aquí pero que incluyen desde pichigüilis de escaso valor a jugosos regalos. Nuestro análisis de la situación actual muestra que vivimos una situación de doble vínculo en la que, si bien no se nos pide directamente una contrapartida por estas atenciones, se supone o se espera que vamos a saber agradecerlas recetando el producto del Laboratorio en cuestión. En otras muchas ocasiones este trueque se explicita claramente pero en general tiende a ocultarse de diversas maneras. En resumen, la valoración ética y moral que se merece este estado de cosas es evidente: vivimos en el pecado.

Y bien... ¿qué podemos hacer para arreglar las cosas?. Pues nosotros creemos que la solución pasa por aplicar a la psiquiatría los principios de funcionamiento del fútbol profesional; creemos que hay que establecer una política de fichajes de los psiquiatras por parte de los Laboratorios farmacéuticos de la misma manera que los equipos de fútbol fichan a sus futbolistas. Cada psiquiatra tendría la libertad de venderse pública y notoriamente a un Laboratorio y el precio lo decidiría el mercado. Por ejemplo, yo podría sacar a la venta mis recetas de felicitina para la temporada 97-98 y todos los Laboratorios que la comercializan pujarían por ellas llevándose las el mejor postor con lo que si, por ejemplo, la mejor oferta que recibo es la de Laboratorios Jagger durante esa tempo-

rada yo recetaré exclusivamente Alegral. Los demás Laboratorios no deberían enfadarse ya que todos tendrían la oportunidad de pujar. También podrían ofrecerme un contrato por 4 ó 5 temporadas, por ejemplo, hasta el año 2005, todo es negociable. De la misma manera podría sacar a la venta mis recetas de tricíclicos o las de neurolépticos atípicos las cuales podría concertar con el mismo o con otro Laboratorio. El contrato podría implicar también algún tipo de publicidad bien en forma de pegatinas en la bata de los distintos productos con los que trabajaría o incluso con anuncios en la prensa médica del tipo de: "- el famoso Dr. Pitiklinov utiliza productos Lachorra... ¿no deberías tú hacer lo mismo?". Queda al criterio de las partes si el contrato debiera incluir algún tipo de cláusula de rescisión para el caso de que a mitad de temporada un psiquiatra quisiera pasarse a la competencia.

Lo que sí queremos dejar claro es que esta política de fichajes debe ajustarse estrictamente a un ejercicio correcto y serio desde el punto de vista de la buena práctica médica y los pacientes deberán recibir siempre una atención adecuada. En el caso de las muy diversas paroxetinas lógicamente no hay diferencias entre ellas y no hay criterios científicos para inclinarse por una u otra. Entre los tricíclicos tampoco existen diferencias de eficacia y con los neurolépticos tradicionales ocurre lo mismo. Es en estos casos únicamente donde nosotros aplicaríamos nuestra propuesta. No sería de recibo que a un paciente cardíaco o prostático le recetara tricíclicos porque no tengo un acuerdo con un laboratorio que fabrique un ISRS, esto es sencillamente inadmisibile.

Un desarrollo lógico de nuestra propuesta que dejamos para más adelante sería la negociación con alguna de las plataformas de televisión digital la retransmisión de entrevistas psiquiátricas por televisión. Se trataría de la creación de una liga de las estrellas psiquiátricas donde lo que se retransmitiría sería la consulta diaria de un psiquiatra y podríamos comenzar con una Liga de primera división donde lógicamente figurarían los primeros espadas de la Psiquiatría Española que probablemente serán los que conseguirían las fichas más elevadas con la Industria Farmacéutica. Es muy importante que

nos empapemos muy bien del espíritu de la T.V. y de lo que significa dar espectáculo por lo que sería fundamental que cada vez que un paciente dijera que se siente mejor y ya no está deprimido el psiquiatra saliera corriendo mientras se quita la bata y la camiseta a la vez que gritaría como un loco " le he curado, le he curado...". Al oír estos gritos, las enfermeras, auxiliares y el resto de sus compañeros deberían tirarse todos encima de él para celebra así llenos de júbilo y alborozados la gran noticia. Creemos que cada psiquiatra-estrella de esta liga debería entrevistar una docena de pacientes en cada retransmisión televisiva y ganaría el más regular, el que más curaciones consiguiera al finalizar la temporada.

Nos parece que una propuesta como esta clarificaría las cosas además de que contribuiría a prestigiar a la profesión psiquiátrica ya que, si las retransmisiones consiguen audiencia, el dinero generado sería muy importante y los ingresos de los psiquiatras también, con lo que seríamos ricos y famosos e iríamos firmando autógrafos por la calle todo el rato. La gente se nos acercaría emocionada a decirnos cosas como "- vi anoche en la tele cómo trató a esa urgencia que tuvo ayer a última hora... me impresionó lo bien que le explicó los posibles efectos secundarios... ¿quiere firmarme un autógrafo?... y no se preocupe que va usted a ganar la Liga; ése otro psiquiatra que va en segunda posición no le va a alcanzar nunca porque está poniendo dosis muy altas de medicación y lo único que va a conseguir es un montón de abandonos, se lo digo yo, buena suerte y gracias".

-Ultima hora: nos han llegado noticias de que la plataforma Vía Digital está contemplando la posibilidad de emitir entrevistas psiquiátricas las 24 horas del día lo mismo que sus colegas estadounidenses retransmiten juicios. Se está hablando de pasar los casos más heavies: psicópatas, violaciones, perversiones, etc., en horarios de prime time y las fobias simples y otras chuminadas a las mañanas. Seguiremos informando.

(THMJ, 1998)

El Derecho a la Libre Elección de Patria

(Un derecho para el siglo XXI)

*Imagine there` s no countries, it isn` t hard to do,
Nothing to kill or die for, no religion too...*

- John Lennon

En las postrimerías del siglo XX nos parece que la vieja Declaración de Derechos Humanos se ha ido quedando un tanto obsoleta y hay que actualizarla con nuevos derechos que nuestros antepasados no podían imaginar y que las nuevas tecnologías están haciendo posibles (aunque habrá quien diga que con cumplir los derechos que ya están recogidos nos podíamos dar con un canto en los dientes). Sin embargo, creemos llegado el momento en el que debemos empezar a reclamar la libre elección de patria como uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano.

Situación actual de las Patrias

La situación actual de todo este asunto de las Patrias y la nacionalidad es bastante penosa. Resulta que el individuo, por el mero hecho de nacer en un sitio tiene que considerarlo su patria y comulgar con los usos y costumbres locales (música, religión, equipo de fútbol...) así como sufrir las medidas que se le ocurra a los dirigentes de ese país. En algunos países, el ciudadano tiene una cierta capacidad de elección pero esto no es así en la mayoría de ellos. Sólo tenemos que mirar a Africa o los Balcanes para darnos cuenta. ¿Por qué tienen que seguir soportando los países africanos las guerras entre dictadores o la pobreza y deplorables condiciones de vida? ¿Por qué los irakíes tienen que pasar hambre y aguantar las majaderías que se le ocurran a su jefe? ¿Por qué en Arabia Saudí sus ciudadanos de a pie no tienen acceso a Internet hasta que los que mandan decidan si es bueno para ellos? No hay

más que mirar a Africa o a los Balcanes para comprender la inhumana condena a la que muchos seres humanos se ven sometidos.

La solución tradicional a este estado de cosas ha sido siempre la emigración a otro país, medida tremendamente traumática como podemos observar en las aguas del Estrecho de Gibraltar o en la frontera mejicana con EE UU.

La actual situación de monopolio que los estados actuales tienen sobre los ciudadanos que nacen dentro de su territorio tiene que acabarse. Como no hay competencia, estos estados pueden hacer las mayores barbaridades, produciendo el sufrimiento o la muerte de sus ciudadanos impunemente. Pueden escoger regímenes políticos obsoletos o autoritarios o aplicar políticas sanitarias o de infraestructuras atroces sin posibilidad de elección para sus ciudadanos.

Nuestra Propuesta

Nuestra propuesta lo que busca es generar la libre competencia entre Estados para mejorar la calidad de vida del ciudadano; simplemente proponemos que la gente pueda elegir, y nos explicamos.

Como uno no puede nacer nada más que en un sitio parece estúpido pedir la libre elección de patria... pero los tiempos están cambiando. En estos momentos, y debido al tremendo avance de las telecomunicaciones (del que Internet es el ejemplo más llamativo), nos encontramos con situaciones totalmente novedosas como la del teletrabajo o trabajo a distancia. Un ingeniero, programador o ejecutivo albanés o indio, por poner un ejemplo, puede estar trabajando para Microsoft, IBM o cualquier otra empresa en los Estados Unidos. Sin moverse de casa está trabajando en Estados Unidos.

También es posible comprar productos en cualquier lugar del mundo eligiendo la oferta más barata o de mayor calidad. Por ejemplo puedo comprar mis libros en Inglaterra, mis discos en

Estados Unidos, estudiar en una Universidad australiana o contratar el seguro de mi coche con una compañía coreana.

Llevando este concepto a sus últimas consecuencias, si trabajo virtualmente en Estados Unidos, podría pagar mis impuestos allí y reclamar la nacionalidad estadounidense. El lugar real en el que uno se encuentra ya no tiene tanta importancia y no puede ser el determinante de nada. Imaginémos que más albaneses o indios (5.000, por ejemplo) consiguieran la nacionalidad estadounidense. Entonces no sería impensable que el gobierno estadounidense desplazara a Albania personal para dotarles de un hospital, una escuela, supermercados y otros recursos del "american way of life". Si todos los albaneses consiguieran la nacionalidad estadounidense, Albania desaparecería y pasaría a ser Estados Unidos, que (como cualquier o otro país) ya no sería exclusivamente el país de origen que ahora conocemos sino una red diseminada por todo el mundo; ya no sería necesario emigrar a otros países sino que esos países vendrían a nosotros. Unos países estarían dentro de las fronteras de otros, las cuales perderían así parte de su significado.

Lógicamente Albania intentaría evitar que esto ocurriera para lo que debería mejorar la calidad de los servicios que ofrece a sus ciudadanos si no quiere que estos se le vayan; es decir, se generaría una competencia entre países por captar ciudadanos lo cual iría en beneficio de los mismos.

Con el nuevo sistema los estados actuales tendrían que espabilarse y tratar de mejorar los servicios que ofrecen a los ciudadanos. Periódicamente se podría publicar un ranking con la calidad de vida y la oferta de servicios de los países, con la posibilidad de escoger los que ofrezcan una mejor gestión.

Un paso más en el desarrollo de este modelo sería establecer un organismo mundial de control de la calidad de los países. La ONU podría nombrar una comisión que evaluara determinados parámetros previamente consensuados y si algún país no consigue unas puntuaciones mínimas de calidad podría llegar a ver retirada su categoría de país (Por ejemplo, si el índice de mortalidad infan-

til pasa de cierto punto). Los ciudadanos de ese país pasarían a engrosar las filas de otro país o serían gestionados por algún Gobierno de Crisis. Sería incluso deseable que antes de ser admitido al club, los países pasaran algún examen previo que acreditara su capacidad como país. Vamos a exponer a continuación las condiciones mínimas que todo país debería cumplir para poder ser considerado como tal:

1. Techo y comida para todo el mundo, así como agua corriente y calefacción en invierno
2. Asistencia sanitaria eficaz y al alcance real de todo ciudadano, con índices de mortalidad infantil y otros indicadores sanitarios entre los recomendados por la OMS
3. Sistema educativo que garantice acceso a la educación a todos los ciudadanos
4. Montar menos de una guerra civil cada 200 años
5. Enguarramiento del entorno y contribución a la polución y calentamiento del planeta dentro de los límites establecidos en las conferencias internacionales
6. Ausencia absoluta de todo tipo de censura o control estatal de medios de comunicación, producción literaria o cinematográfica, o cualquier otro medio de expresión o transmisión de información
7. Libertad religiosa y ausencia absoluta de religión estatal (estado aconfesional)
8. Ausencia de la Pena de Muerte en su legislación civil y militar
9. Clasificarse para octavos de final de los Campeonatos Mundiales de Fútbol por lo menos una vez cada 10 años
10. Tarifa Plana de acceso a Internet

Discusión

“You may say we are dreamers”, pero la tecnología está aquí para echarnos una mano. La principal objeción que se nos podría plantear es que la condición humana implica necesariamente un montón de cosas que no podemos elegir: nuestro sexo, nuestros genes, nuestra inteligencia... y que hay que conformarse. Pues bien, nosotros pensamos que en realidad lo que el hombre va consiguiendo poco a poco es tener cada vez más libertad de elección. Hasta hace poco las mujeres no podían elegir cuándo y como tener los hijos... y ahora tenemos anticonceptivos. Antiguamente no podíamos tener tomates todo el año..., pero ahora tenemos invernaderos para solucionar eso. Hasta fechas recientes, teníamos que vivir toda la vida con esa horrible nariz con la que vinimos al mundo..., pero ahora tenemos cirugía plástica... etc. En el siglo XXI podremos elegir cosas que ahora no podemos ni soñar. Probablemente podremos cambiar nuestros genes, tal vez nuestros sexos (si es que sigue existiendo el sexo como ahora lo conocemos), desde luego que elegiremos nuestro cuerpo e incluso nuestros órganos internos y puede que hasta nuestras facultades intelectuales. Las Naciones y los Estados no quedarán al margen de esta revolución.

“We hope some day you`ll join us, and the world will be as one”

(THMJ, 1999)

Bases neuroanatómicas del inconsciente: Una aproximación psicofisicoultraestructural

Prof Wolfgang Yakimoto Astrabudua, M.D.F.R.T.U.W. et al

ABSTRACT: *Walking across the room I turn the TV off sitting beside you I look into your eyes as the sound of motorcars fade on the night time I swear I saw your face change it didn't seem quite right and its bello baby eith your guardian eyes so blue bey my babydon't you know our love is true (and so on...)*

Fue el ínclito y nunca suficientemente ponderado S. Freud quien en su magna y prolija obra diferenció de forma definitiva y taxativa lo psíquico en consciente e inconsciente, sentando así la premisa fundamental del psicoanálisis. Se acepta sí que existen procesos o representaciones anímicas de gran energía, que sin llegar a ser conscientes, pueden provocar en la vida anímica las más diversas consecuencias. Esta teoría queda irrefutablemente demostrada por la técnica psicoanalítica, con cuyo auxilio resulta posible suprimir tal energía y hacer conscientes dichas representaciones, que en un principio se hallan bajo un estado llamado de "represión".

Nuestro equipo ha dedicado los mejores años de su vida al estudio voluntarioso y abnegado, mal pagado y menos reconocido (trabajamos para la administración), de un tema primordial, en el que los avances realizados traerán una verdadera revolución al servicio del conocimiento humano: la localización anatómica del inconsciente. Todo comenzó cuando uno de mis colegas (un residente de segundo año, para más señas) tras haberse tomado unos potes se puso filosófico y comenzó a elucubrar sobre las siguientes preguntas, que obsesivamente y llevado por un ánimo soñador se hacía a sí mismo: "¿Existe el inconsciente?". Se autorrespondió: "Por supuesto. No he de dudar de mis maestros". "Ya que existe, ¿goza de un asiento material, de una encarnadura por así decirlo,

o se trata de un ente espiritual, como el alma?". No hice caso de tales cábalas en un principio, considerándolas divagaciones de borracho, pero aquella noche me fue imposible conciliar el sueño a pesar de mi habitual comp. de Soñodor. A la mañana siguiente estaba decidido: No descansaríamos hasta dar científica y cumplida respuesta a lo que ya considero como la más importante pregunta de nuestro tiempo. Este artículo describe en primicia mundial el resultado de nuestras investigaciones y nos hace por supuesto acreedores al Premio Nobel.

Material y Métodos

Escogimos para este estudio a 10 sujetos, 5 machos y 5 hembras, de edades comprendidas entre jóvenes y algo ancianos, todos los cuales tenían algo en común: Poseían inequívocamente inconsciente. Ello fue comprobado de forma empírica por las reiteradas tontorías que hacían víctimas de sus neurosis y de forma científica por la opinión coincidente de tres afamados psicoanalistas de distintas tendencias irreconciliables (un Freudiano ortodoxo judío, un kleiniano -agradecemos al psiquiatra que le trata actualmente en el manicomio de Alfaro su permiso para que colaborara en este estudio- y un lacaniano nueva ola). Los 10 pacientes fueron sometidos en principio a una serie de pruebas rutinarias antes de ser admitidos en el estudio propiamente dicho: Analítica general, punción lumbar, biopsia de bazo, histerectomía más doble anexectomía (en su caso), neumoencefalografía y enema opaco. Dos de los diez pacientes hubieron de ser excluidos en esta fase del estudio por fallecimiento por causas naturales no relacionadas con el estudio.

Los 8 sujetos restantes fueron posteriormente sistemáticamente despedazados en porciones no superiores en ningún caso a los 3 cc de volumen. Cada una de estas porciones fue acto seguido numerada, catalogada, pasada por el túrmix y posteriormente filtrada. Los restos no utilizables fueron vendidos a una empresa de tráfico de órganos y a una fábrica cercana de fiambres y hamburguesas.

El sobrenadante resultante fue cuidadosamente examinado mediante el *Detector Infalible Pintimparado de Inconscientes* (marca ACME). Los resultados pueden ser observados en la Tabla 1

Tabla 1

Betis - Osasuna	X
Murcia - Real Madrid.....	1
Barcelona - El Valle	2
Athletic Bilbao - Maccabi Tel-Aviv.....	1
Santander - Atlético Madrid.....	X
Elche - Coruña	1
Calvo Sotelo - Valencia	1
Real Sociedad - Valladolid.....	1
Oviedo - Las Palmas.....	1
Celta - Rayo Vallecano	X
Zaragoza - Jaca	2
Cádiz - Espinosa de los Monteros.....	1
Tenerife - Las Palmas	2
Plan - Lepe.....	X

Resultados y Discusión

Evidentemente, para conocer los resultados miren la tabla 1. Las muestras de los 10 sujetos examinados que reaccionaron positivamente al detector fueron coincidentes y correspondían a una definida área comprendida entre el putamen, la habénula, la comisura anterior, el asa peduncular y la fimbria del hipocampo, pero un poco más a la derecha y abajo, es decir, casi tocando con la parte retrolenticular de la cápsula interna, pero sin llegar a ser medial ni sagital, ni mucho menos ventral. Una vez localizado le será mucho más fácil al lector darse cuenta del insospechado alcance de tal descubrimiento.

Nosotros avanzaremos ya desde ahora una serie de aplicaciones clínicas de aplicación directa e inmediata:

- Gran facilitación a las Psicoterapias Focales, que hasta ahora andaban a ciegas.
- Inicio de una nueva especialidad: Cirugía del Inconsciente, con amplio campo en la extracción de represiones y complejos, colocación de prótesis superyoicas a psicópatas, etc.
- Continuación de posibles investigaciones anatómicas que den luz a las relaciones de dicha zona del SNC con otros órganos igualmente importantes claramente relacionados con el inconsciente (pene, tetas, culo y demás).

Dejamos a la imaginación del lector otras múltiples aplicaciones, quizás de más dificultades técnicas como los transplantes de inconsciente, etc.

Agradecimientos: Mecanografía del texto definitivo: Yo mismo. Bocalillos y birras: MIR de primer año.

Este estudio ha sido financiado económicamente por Laboratorios Farmacéuticos "Quitapenas", líder en investigación mundial.

Bibliografía

- F IBAÑEZ. El Sulfato Atómico. Bruguera, Barcelona, 1969
- FREUD S. El Yo y el Ello, 1923
- El libro de Ciencias Naturales de 4º de Bachiller
- ZULEGER S. Atlas de cortes del SNC
- AVICENA, AVERROES y otros. Tratado de Psiquiatría
- Compendio de Obstetricia y Ginecología de la Dra Concepción Mola

(Noviembre 1988)

Reflejo Norma Jean y Esquizofrenia

Pitiklin Pitiklinov

Abstract: *Los pies te dirán cómo marcha la cabeza
(Oráculo de Delfos)*

En 1987 el ilustre fisiólogo Pitiklin Pitiklinov, del Txori-Herri Clinical Center, aportó a la Ciencia uno de los grandes descubrimientos fisiopatológicos de los últimos años (1). Este científico y sus colaboradores descubrieron que el 75% de las mujeres por ellos examinadas eran capaces de separar los dedos de los pies a modo de abanico, mientras que este fenómeno sólo ocurría en el 15% de los varones.

Inmediatamente denominaron el suceso como "Signo del Abanico" (SA) cuando ocurre espontáneamente, o "Reflejo Norma Jean" cuando es provocado por un pellizco en el punto N de la planta del pie. El nombre parece que se debe a que en alguna de las fotos de la actriz en su fase de "pin-up girl" es posible observar el fenómeno, según Pitiklinov. Tras la publicación de este estudio se ha producido una avalancha de trabajos, como los de Van Basten et al (2), Richards et al (3) y Jacksons Five et al (4), todos ellos replicando los hallazgos del Profesor Pitiklinov y aportando unas cifras sorprendentemente similares a las del estudio original en las diferentes comunidades étnicas y raciales del mundo. Una nota discordante de este conjunto viene dada por el trabajo de Biurrun et al (5) en una muestra de varones guipuzcoanos, según el cual el 80% de los mismos resultan Norma Jean +, pero tratándose de este colectivo tampoco hay que extrañarse mucho.

A nadie se escapa que la aparición de un método tan sencillo y fiable de diferenciar entre individuos varones y hembras (sensibi-

lidad 75%, especificidad 85%) puede ser de una enorme utilidad en determinados casos clínicos.

La explicación del reflejo es objeto de debate. Para Bond... James Bond (6) se trata de una característica ligada a la parte izquierda, justo al fondo, del cromosoma X. Smith (7) sostiene que es un fenómeno hormonal dependiente de la actividad estrogénica a nivel de los receptores postsinápticos del peroneo anterior, mientras que Fisher (8) aventura que se trata de un acontecimiento uramente ambiental e incluso iatrógeno. Según este autor, el hecho de que las mujeres empiecen a usar zapatos de tacón junto con puntera fina triangular desde edades tempranas sería el responsable del evento, ya que la torturante presión ejercida por el zapato sobre el conjunto de los dedos obligaría a éstos, según el principio de acción-reacción, a contrarrestar su efecto con una fuerza ejercida en sentido contrario -es decir, centrífuga-, justamente el desplazamiento necesario para que se produzca el Reflejo Norma Jean. La repetición a lo largo de los años de este juego de fuerzas capacitaría al pie femenino para este curioso comportamiento. Citaremos una última teoría, y es la del Profesor Bishop (9), del Mysogin Institute of Alabama, para quien el reflejo es pura y simplemente una muestra del retraso evolutivo del sexo femenino respecto al masculino, y se apoya para ello en las superiores habilidades de los primates a nivel de extremidades superiores.

Sea como fuere, en lo que todos los autores coinciden es el locus de control del reflejo a nivel del SNC, que no es otro que el lóbulo prefrontal.

Esta circunstancia es la que nos ha motivado a la realización del primer estudio hasta ahora conocido sobre la relación entre enfermedades psiquiátricas y el Reflejo Norma Jean (RNJ). Nuestro estudio ha sido realizado en mujeres esquizofrénicas, encontrándose en curso actualmente otro proyecto de investigación en varones deprimidos (Carpenter, comunicación personal telefónico, a cobro revertido).

Material y Métodos

Para la realización del estudio se seleccionaron 30 pacientes femeninas según llegaban al Txori-Herri Clinical Center por brotes psicóticos de origen esquizofrénico. A todas ellas se las examinaba según la técnica de Pitiklinov para evidenciar el RNJ, que consiste básicamente en lo siguiente: dos fornidos auxiliares sostienen a la paciente boca abajo sujetándola por ambos tobillos mientras que uno de los autores (no creo que interese saber quién) pellizca alternativamente las plantas de los pies a nivel del punto N. La técnica se repite semanalmente junto con la realización del CPPI (Chorradas a Punta Pala Inventory), el 40 PSM (40 Principales Síntomas de Madness) y el TPSF (Test de Personalidad de la Señorita Francis). No se pidió para nada el consentimiento de las pacientes porque habrían sido capaces de negarse (y la Ciencia no puede permitirse esos lujos). Quedaron excluidas del estudio las pacientes que no paraban de reirse, las bebedoras de whisky y las mujeres barbudas.

Resultados

Los resultados pueden observarse en la Tabla I.

	RNJ	CPPI	40PSM	x2	df	p
1ª semana	--	180	35	26.09	4	0.00001
2ª semana	--	140	27	15.53	4	0.00001
3ª semana	-/+	120	19	8.45	4	0.0001
4ª semana	+	95	8	3.25	4	0.0001

n: k-1 df=pK 1 \$= 120 ptas

Como se deduce enseguida de la Tabla I estamos ante un sorprendente descubrimiento: todas las pacientes del estudio durante el brote psicótico eran Norma Jean -, es decir, el RNJ se hallaba abolido durante la fase aguda de las psicosis, como se deduce de las puntuaciones en los tests, y es sólo cuando esta puntuación desciende a niveles normales cuando las pacientes recuperan su reflejo.

Discusión

De los resultados del estudio se deducen importantes consecuencias teóricas y prácticas. A nivel teórico podemos decir que se confirma lo que ya sabíamos por otras muchas investigaciones precedentes: el lóbulo prefrontal está hecho cisco en las psicosis. A nivel práctico las implicaciones son todavía mayores porque nos encontramos ante el marcador biológico de más fácil empleo clínico. Gracias a la técnica de Pitiklinov podemos saber en un periquete si una determinada paciente está ya curada y además sin ningún riesgo (a veces ocurre que si se tarda un poco en realizar el pellizco se les sube la sangre a la cabeza, mostrando un rush facial muy llamativo, pero este fenómeno es totalmente pasajero y desaparece cuando la paciente recupera la posición normal). Además es posible determinar mucho mejor que por cualquier otro método hasta la fecha conocido cuándo empezar a disminuir la dosis de neuroléptico, con el consiguiente ahorro económico para la gerencia de los hospitales. Y por si fuera poco por fin podemos saber si nuestros pacientes nos mienten como bellacos cuando nos dicen que ya no oyen voces, que se encuentran muy bien, que les demos el alta, etc, etc, etc.

Conclusiones

- 1º El lóbulo prefrontal está averiado en las psicosis
- 2º El RNJ se va a convertir en uno de los principales marcadores biológicos de la década y en uno de los pilares de la Psiquiatría del siglo XXI
- 3º Los del Txori-Herri Clinical Center somos los putos amos.

Agradecimientos

Gracias a Luci Pepi Bom y otras chicas del montón

Bibliografía

- 1.- Pitiklinov P et al. El reflejo Norma Jean o el Signo del Abanico. *Cri-meia J Paraphysiol*, 1987, 8: 32-37
- 2.- Van Basten et al: A study of Norma Jean Reflex in Holland. *Milan J Med*, 1987, 4: 42-43
- 3.- Richards et Rolling Star Group: When I'm driving in my car and that man comes on to tell me. *New Musical Express*, December 1987
- 4.- Jackson's Five. The girl is mine, que no, que es mine. *Lecturas 1988*, Jan
- 5.- Biurrun et al. Pero árbitro... que ese cabrón me ha hecho falta. *Marca*, 1988, 7: 225-226
- 6.- Bond... James Bond et al. Eh... qué hay de nuevo, viejo...? *Twenty Century Fox Productions*, 1988: 007-008
- 7.- Smith. Some girls are bigger than others and some girl mothers are bigger than other girl mothers. *Endocrinology*, 1988, 9: 45
- 8.- Fisher et al. Get off your shoes, baby. *Camper Journal of Medicine*, 1988, 326-330
- 9.- Bishop et al. Manual habilities in the baboon. *Am J Primatology*, 1988, 328-428

(Diciembre 1988)

Problemática interestructural: Un abordaje multisistémico

Prof John O'Entien D'Onada

Prof Ike Ymporta

Unidad de Reuniones Interdisciplinares, Albacete, DC

Introducción

La importancia de un abordaje multisistémico a la cada vez más frecuente problemática interestructural es algo que no precisa justificación en sí misma: Todos hemos experimentado sus perniciosos efectos y los ímprobos esfuerzos realizados para solventar dicha situación chocan en la inmensa mayoría de los casos con el más desolador de los fracasos. Nuestro equipo, en la Unidad de Reuniones Interdisciplinares, ha desarrollado una serie de estrategias destinadas a soslayar dicho escollo (perdón, escollo).

Nuestra ardua reflexión nos ha llevado a entresacar una serie de conclusiones de primera magnitud que pensamos han de ser tenidas en cuenta, aun considerando la necesidad de aunar ciertos matices adaptativos a las peculiaridades de cada situación.

Retomar la Problemática:

Este es sin duda un punto central en el abordaje del asunto en cuestión. Sin embargo es algo muy frecuentemente olvidado y obviado que lleva a frecuentes callejones sin salida y a discusiones infructuosas. Es indudable que el retomar la problemática es un elemento clarificador de primera magnitud aunque en ocasiones puede actuar como elemento perturbador. No importa, hay que afrontarlo con valentía y decisión.

Sin embargo, de nada sirve precipitarnos a retomar la problemática si antes no tenemos en cuenta algo obvio y que el lector

avispado ya habrá colegido. Nos referimos al no menos cardinal asunto de:

Redefinición del Contexto

Es evidente que no existe posibilidad real de retomar la problemática si antes no redefinimos el contexto. Porque, ¿qué es la problemática sin el contexto?, nos preguntamos. Un elemento vacío, sin contenido, oscurecedor y confusional, que sólo toma su luz en la redefinición del contexto que le otorga su verdadera dimensión. Redefinir el contexto puede ser en ocasiones una tarea ardua, asaz ímproba, pero sin duda dispuesta a entregarnos unos ubérrimos frutos que nos colmarán de satisfacciones.

No es sencilla sin embargo esta tarea y nos llevó varios meses de reuniones interdisciplinarias, plenas de experiencias y opiniones enriquecedoras, el dar con el modo adecuado de redefinir el contexto: fue en realidad nuestro especialista en Psicoterapia de Expresión Multimodal quien hizo el aporte fundamental permitiéndonos salir del impasse en el que nos encontrábamos. La solución no podía ser otra y es indiscutible que todo aquel que tenga como ambiciosa meta redefinir el contexto ha de partir de:

La puesta en común y verbalización subsiguiente

La verbalización subsiguiente a la puesta en común goza de particular trascendencia tanto en sus vertientes extrínsecas como en las intrínsecas, permitiéndonos asumir contenidos en el plano supraindividual que llevan indefectiblemente y como quien no quiere la cosa a la redefinición del contexto. Desafortunadamente no es posible una verbalización espontánea, irreflexiva. Por ello requiere antes un trabajo de sedimentación del clima del pensamiento que permita establecer vinculaciones sobre las que asentar abstracciones concretas. Pero no es, desgraciadamente, posible esta elaboración sin:

Individualizar los espacios

A nadie escapa que la conjunción coordinadora requiere ineludiblemente una labor previa de individualización de espacios de la experiencia ergosocioterapéutica. Es menester sin embargo no olvidar aspectos en lo referente a la transversalidad y verticalidad inherentes a la coherencia explicitada de una relación de reciprocidad. Articular las necesarias diferencias por medio de una estrategia puede ser una alternativa válida para llegar a:

Aproximación a un modelo general

Cualquier aproximación requiere un distanciamiento previo que nos lleve a una singularidad particularmente fértil. Del modelo concreto general hay sin embargo un largo camino a recorrer que precisa de un acompañamiento y una toma en consideración de las apreciaciones vivenciadas en la praxis. Tal tarea precisa a su vez de un proceso de:

Colaboración intersubjetiva

Este punto no precisa obviamente de aclaración adicional, ya que goza de un campo perfectamente delimitado.

Conclusiones:

Dentro del proceso de evolución permanente es insoslayable si queremos llevar a cabo todos los pasos necesarios que permitan el abordaje multisistémico de la problemática interestructural la creación de una serie de seminarios de los que surjan a su vez diversos grupos de reflexión y trabajo organizados en comisiones tales como:

a.- Comisión de Estudio de la Problemática.

Tendrá como primer objetivo la creación de un Comité de Retoma de la Problemática.

b.- Comité de Redefinición del Contexto

En continua disposición de la Comisión de Estudio de la Problemática, tras el necesario tiempo de coadaptación y presidida por el Psicoterapeuta de Expresión Multimodal, que realizará el correspondiente proyecto de síntesis.

c.- Delegación de Puesta en Común y Verbalización

Encargada de remover los elementos perturbadores y otros obstáculos que se oponen a la redefinición del contexto. Rendirá sus conclusiones al Comité de Redefinición del Contexto, cuantificando cuando fuera preciso.

d.- Equipo de Individualización de Espacios

Con función de modificación del contexto temporoespacial para de este modo adecuar las estructuras. Jerárquicamente supeditado al Comité de Estudio de la Problemática.

e.- Grupo de Aproximación al Modelo General

Para evitar que las contradicciones existentes lleven a una desestructuración, la cual siempre va acompañada de un proyecto confuso o neoconcentración desprovisto de latencia. Su misión consiste en desmetaforizar las contradicciones a las que se vea abocada la Delegación de Puesta en Común y Verbalización.

La colaboración intersubjetiva se llevará evidentemente a cabo en los espacios comunes resultantes de la imbricación de los puntos de contacto entre las comisiones descritas.

Síntesis elaborativa

La problemática interestructural exige sin duda un abordaje multisistémico. Para ello es condición sine qua non una retoma de la problemática con redefinición previa del contexto, que a través de la puesta en común y verbalización subsiguiente individualice los espacios y derive en una aproximación a un modelo general mediante la colaboración intersubjetiva.

Esperando que estas clarificadoras reflexiones puedan servir de modelo aproximativo para todos aquellos equipos comprometidos en la problemática interestructural, hemos realizado este artículo que, sin duda, revertirá en la consecución, siempre problemática, de un abordaje global de nuestros pacientes.

Bibliografía

- 1.- Anónimo: La problemática Retomada. Nº 97, Colección RTV
- 2.- Medrano J (Ed): La Pubertad de la Muchacha. BBV, Bilbao
- 3.- Varios autores: Compendio de psicoterapias al uso. 3489764 págs.
- 4.- Menotti F: Current Opinion in Achique de Espacios. Eds Argentina
- 5.- Malo P, Merlín, Mago,: Concepto estructural del abordaje multisistémico. Eds Paulinas
- 6.- Medrano J, García M, Alberdi H, Lizarraga J, Torices JA: Efectos psíquicos de la intoxicación enólica sobre los residentes de psiquiatría asistentes a congresos. Eds Ibor, Madrid.
- 7.- Anónimo: Cómo cobrar deudas a Osakidetza. Eds Imposible, Bilbao.

(enero 1989)

Funciones Psicobioquímicas de la 5Hidroxi Triptamina (Vulgo: Serotonina)

En rigurosa exclusividad, y arrebatándoselo casi de las manos a otras revistas del ramo, hemos conseguido un artículo del eminente neuropsicofisiólogo brasileño Artur Osvaldo Edson Da Correia Do Nascimento Da Virxen Maria E Do Ninho Jesus, acerca de las funciones ejercidas por la serotonina. Sin embargo, hemos tenido ciertos problemas para traducirlo. El doctor Da Correia, creyendo que nuestra publicación se edita en húngaro, se ha obstinado en escribirlo en este idioma, que conoce muy poco. Por otra parte, ninguno de los colaboradores habituales de *The Txori-Herri Medical Journal* habla húngaro, por lo que hemos pasado el manuscrito para su traducción al alemán a un polaco actualmente exilado en München, que tampoco es que conozca mucho el húngaro ni el alemán, pero que tenía cara de buen chico. De este último idioma lo hemos pasado al francés; de esta tarea se ha encargado Jon-Kepa Martinez, el popular filólogo de Rentería, el cual, con su conocida torpeza, ha perdido el manuscrito cuando lo traía a nuestras oficinas, por lo que se ha limitado a contarnos lo poco -es guipuzcoano- que recordaba del artículo. Del francés lo hemos vertido al euskera suletino, y tras varios pasos por los sucesivos dialectos de aitorren hizkuntza zaharra lo hemos traducido al batua y de éste, finalmente, y en reconocimiento a nuestros millones de lectores -mayoritariamente castellanoparlantes- a la lengua del imperio.

El resultado final se nos antoja un tanto abigarrado y versolibrista, y no sabemos si es lo que realmente quería escribir el doctor Da Correia, así que, por si, pedimos las correspondientes disculpas a nuestros lectores.

Oh, amada mía,
cómo ansío sentir tu ebulir vivificante
en mis sinápticas hendiduras
Oh, deseada,
cómo tiemblo de animal deseo por ti,
sólo por ti, aaah, aaah, ah,
Oh, buscada,
sé que al final te encontraré, que a ti volveré,
que
te haré mía, sólo mía,
Oh, perseguida y conseguida
eres por fin sólo mía
juntos viviremos nuestro idilio por
toda la eternidad,
libres,
juntos,
por fin,
sin el palizas de papá.
Oh, serotonina,
tienes nombre de mujer fatal.

(Diciembre 1988)

Gafomas: Facts and Figures

Professor Dyonisios W Esculapio ()*

*Dr Barry Smith-Esculapio (**)*

*Dra Athenea Papadopoulos de Smith-Esculapio (***)*

*César Gustavo Tarantini (****)*

*Helena Theodorakis (*****)*

* Catedrático de Todo; dios de la Medicina; S^o de Medicina Total; Facultad de Medicina de El Pireo, Athens, Greece

** Nepote; S^o de Medicina Total; Facultad de Medicina de El Pireo, Athens, Greece

*** Asistente Voluntaria, S^o de Medicina Total; Facultad de Medicina de El Pireo, Athens, Greece

**** Matxaka 1^o. Becario argentino de la "Fundación 1492"

***** Matxaka 2^a. Médico Interno Residente.

Resumen: *El mítico Prof Esculapio et al revisan el controvertido tema de los Gafomas o tumores malignos de las gafas, y aportan algunos nuevos datos al respecto.*

Abstract: *Prof Esculapio & associates review the controversial issue of Goggleomes and bring to the general knowledge their latest findings on the subject.*

Recuerdo Embriológico

En la tercera semana del desarrollo intrauterino aparecen a ambos lados de la extremidad cefálica del embrión dos mameloncillos: los Tubérculos Protogálicos. Dan origen a dos formaciones que avanzan hasta la altura de la sien, las Protovarillas, que a este nivel sufrirán un acodamiento, dirigiéndose hacia la línea media, para confluir hacia la séptima semana, formando en su fusión el puente de las gafas, un poco por encima y por delante del nasion.

Del III Arco Branquial ascienden los cristales, cuyo primordio queda formado hacia el jueves por la tarde de la octava semana. Por último -en las gafas de sol- los cristales se verán invadidos por melanocitos alevines procedentes de la cresta neural.

Gafomas: Antecedentes Históricos

Debemos la primera descripción clínica de los gafomas al eminente anatomopatólogo alemán Fritz Kartoffen, quien en 1907 publicó en la revista americana "Pathology of Goggles" una observación personal de un paciente gafoso cuya visión había ido perdiéndose a lo largo de los años, en paralelo a la aparición de diversos cuerpos extraños en la superficie de los cristales; al final "el paciente no veía ni torta y optó por tirarlas [las gafas] al cubo de la basura, de donde un ayudante de mi laboratorio consiguió rescatarlas aún íntegras [...] en el examen macro y microscópico del espécimen pudimos apreciar en ambos cristales una infiltración difusa de material tumoral" (2).

De inmediato todos los anatomopatólogos ociosos y con ganas de publicar comenzaron a llenar las revistas especializadas con innúmeros artículos sobre los gafomas (GAF), término acuñado por el propio Kartoffen. A estos autores pioneros se sumarían con los años pléyades de internistas ansiosos por hacerse curriculum, legiones de epidemiólogos deseantes de aparentar, ingentes cantidades de sociólogos en lucha por una parcela de poder... una variada feria, en definitiva, que contribuyó a que la literatura científico-médica esté rebosante de artículos acerca de los GAF.

Gafomas: Enfoque Clínico-Diagnóstico-Terapéutico

En lo referente a la clínica de los GAF, lo más reseñable es la gradual y progresiva dificultad visual, que aboca a una amaurosis final. Estos tumores no metastatizan, pero se consideran malévolos porque llegados a un cierto momento de su evolución natural la

única solución es cambiar de gafas o instalar prótesis supracorneales (lentillas), lo cual, con el precio que llevan, es una auténtica putada (3).

En cuanto al diagnóstico, en la inspección observamos unas gafas opacas, de aspecto sucio. En la palpación en algunos casos pueden encontrarse excrecencias y rugosidades sobre el cristal. La percusión no es muy útil, y además hay que ejecutarla con sumo cuidado para no romper el cristal. En la auscultación sólo se captan artefactos. Las exploraciones complementarias no aportan muchos datos, pero se recomienda pedirlas todas, ya que resulta una manera muy elegante de echar por la borda un montón de dinero. El diagnóstico es, pues, mayormente clínico.

En lo terapéutico, y tal como ya hemos apuntado, la única solución es la quirúrgica radical, quitando las gafas e instalando otras sustitutivas. Algunos autores han propugnado que se realicen gafectomías radicales ampliadas, llevándose también las orejas y la nariz (4), pero esto no tiene mucho sentido, ya que como se ha dicho, estos tumores no metastatizan ni crecen más allá de los cristales. Ultimamente comienzan a desarrollarse técnicas de gafectomías parciales en las que sólo se amputan los cristales, pero estos procedimientos se hallan aún en mantillas (5). El índice de recidiva es muy alto, y algunos autores lo cifran hasta en un 100%.

Gafomas: Teorías Explicativas y Crítica

Antes que nada, advertir al lector interesado que son tantísimas las publicaciones acerca de las posibles causas de los GAF que vamos a obviar las reseñas bibliográficas correspondientes, ya que ascienden a millares; y si no, que se lo pregunten a nuestros matxakas 1º y 2ª, que se han pasado meses en la hemeroteca revisándolas, mientras el resto del equipo se dedicaba al aspecto intelectual del asunto.

1.- Teoría Infecciosa, cuya paternidad hemos de atribuir a McHinbarrena. Este autor postuló la existencia de un virus portagenes

que incluiría en su genoma un oncogen específico -el Gafomagé- que transmitiría al cristal infectado la información capaz de desencadenar la aparición del GAF. En su intento un tanto insano por demostrar la transmisibilidad de este virus putativo—el GIV o "Goggleome Inducing Virus"—, se dedicó a hacer chocar gafas presuntamente infectadas con otras virginales, lo que sólo deparó la ruina económica y una pequeña fortuna a su óptico.

- 2.- **Teoría Carencial**, variopinta y diversa, según la cual la falta de vitaminas (Burment), aminoácidos esenciales (Gonzales-Gomez), ácidos grasos ligeros (Mcdermott), descarga adecuada de la libido (Montt) o whisky en cantidades adecuadas (Ogilvy) se encontraría en la raíz de la aparición de los GAF. No creemos que merece mayor comentario esta sarta de insensateces, que se descalifican por sí mismas.
- 3.- **Teoría Endocrinometabólica**, defendida por O'Reilly y el resto de la Escuela de Dublin, quienes han hecho unos estudios muy bonitos partiendo del conocido dato de que los GAF son más frecuentes en los varones. Postulan que los GAF se deben a la enemistad entre la testosterona y los cristales de las gafas. Esta teoría resulta sugestiva, pero no explica por qué algunas mujeres no bigotudas sufren GAF, por lo que, a pesar de nuestra gran amistad con el simpático autor irlandés, nos vemos obligados a rechazarla.
- 4.- **Teoría Conectivopática**. Dubois y asociados, de la Escuela de Montpellier, proponen que los GAF son el fruto final de un proceso que denominan "Cirrosis Gafosa" ("Cirrhose des Lunettes"). Proponen que pequeños insultos a los cristales (roces y otros traumatismos) estimulan a los fibroblastos, que se desmandan y se ponen a proliferar como descosidos; al principio manteniendo las apariencias y después sin observar los debidos cánones, con lo que aparece el tumor. Si no fuera por sus considerables hallazgos en otros campos, no haríamos ni caso a la teoría de Dubois; es más, incluso nos resulta difícil de creer a pesar de la innegable autoridad científica de su autor.

- 5.- Teoría Tóxico-Ambiental-Alimenticia.** Esta es la teoría que defienden los autores de la escuela baska. Atribuyen un papel preponderante en la génesis de los GAF a los colorantes alimenticios, al plomo, a los detergentes catiónicos, al vino de mesa, al alcohol metílico, al SO₂, al CO₂, al humo del tabaco, a las anilinas, al agua de la Ría de Bilbao, a los aires de Donosti, al queso no artesanal y a la heroína blended. Lógicamente no apoyan sus hipótesis en ningún dato experimental. Hay que destacar, sin embargo, que los escasísimos resultados publicados por la escuela baska parecen más bien contradecir sus hipótesis de trabajo. Así, Kazewans et cols, partiendo de la hipótesis de que el zumo de puerro provocaba la aparición de GAF, dieron pinceladas de este producto a los dos cristales de 66 gafas, cinco veces al día, durante cinco años; al terminar la experiencia no habían conseguido provocar in vitro ningún GAF. Kazewans decidió entonces pasar a un estudio in vitro más propiamente dicho y procedió a guardar sus gafas (66, como se ha dicho) en recipientes de vidrio llenos de zumo de puerro. Al concluir la experiencia, dieciséis años después, tampoco había conseguido ningún GAF. Desesperado, el citado autor abandonó la profesión y se metió a la Ertzantza.
- 6.- Teoría Disenzimática.** Nosotros mismos informamos hace años de que los GAF teñían con colorantes que tienen afinidad por las grasas (sudán, etc). Al hilo de nuestro hallazgo Arnold et al propusieron que los GAF podrían tener su origen en una alteración enzimática del metabolismo de los lípidos. Con una beca facilitada por un laboratorio, pusieron manos a la obra de caracterizar esta hipotética alteración enzimática. A la hora de cerrar esta edición se habían gastado ya toda la pasta y aún no habían encontrado el enzima vacilón.
- 7.- Teoría Inmunoalérgica.** Van Rooyen et al informaron que habían encontrado un eosinófilo y un basófilo en la superficie de un GAF; a partir de este hallazgo elaboraron una complicadísima teoría inmunoalérgica en la que los eosinófilos, los basófilos y la IgE jugaban un papel preponderante, mientras

que los neotrófilos, la adenil ciclasa, el GMPc y la histamina quedaban más bien en un segundo plano, como guest stars.

Esta teoría fue brillantemente rebatida por los investigadores hispano-argentinos Hidalgo y Astiz, quienes tras aplicar la bañera al eosinófilo y los electrodos al basófilo lograron hacerles confesar el apasionado amor que sentían el uno por el otro, y cómo se reunían para vivir su idilio, lejos de habladorías, en la superficie del GAF.

- 8.- Teoría Psicosomática.** Alexandkristin y cols sugieren que la causa de los GAF habría que buscarla en los conflictos irresueltos que atiborran el inconsciente de los pacientes. Aseguran que en su confrontación con los cotidianos problemas y acontecimientos de la vida el paciente está continuamente expuesto a hechos que le evocan sus dolorosos conflictos internos; ante esta situación decide no verlos, escotomizarlos, creándose un tumor que no le deja ver. Alexandkristin es un hombre muy agradable, campechano y sanote, pero bebe.
- 9.- Teoría Sociológica.** Comte y cols proponen que los cristales de las gafas están conformados por células con una clara estructura jerárquica que en determinadas ocasiones suscita confrontaciones en el marco de la lucha de clases entre células. En medio de este maremágnum un grupo de células toma el poder y se erige en dictadura de clase, pero como -ay, majitos- dejan de lado -incluso a veces las fusilan- a las células que dirigen la gafa, las cosas les salen mal; así sobreviene el GAF. Comte et al terminan recordándonos que la Economía de Libre Mercado es la única solución y proponen el tratamiento perestroikador de los GAF.
- 10.- Teoría Heredodegenerativa.** Schreber y otras eminencias del Txori-Herri Clinical Center publicaron hace años un sesudo artículo en el que transmitían su estupor por el hecho de que los grupos étnicos tradicionalmente presas de cuadros heredodegenerativos (los judíos ashkenazi, por ejemplo) no mostraran una mayor incidencia de GAF; por otra parte sí que se observaban GAF con mayor asiduidad en algunas familias. Seleccio-

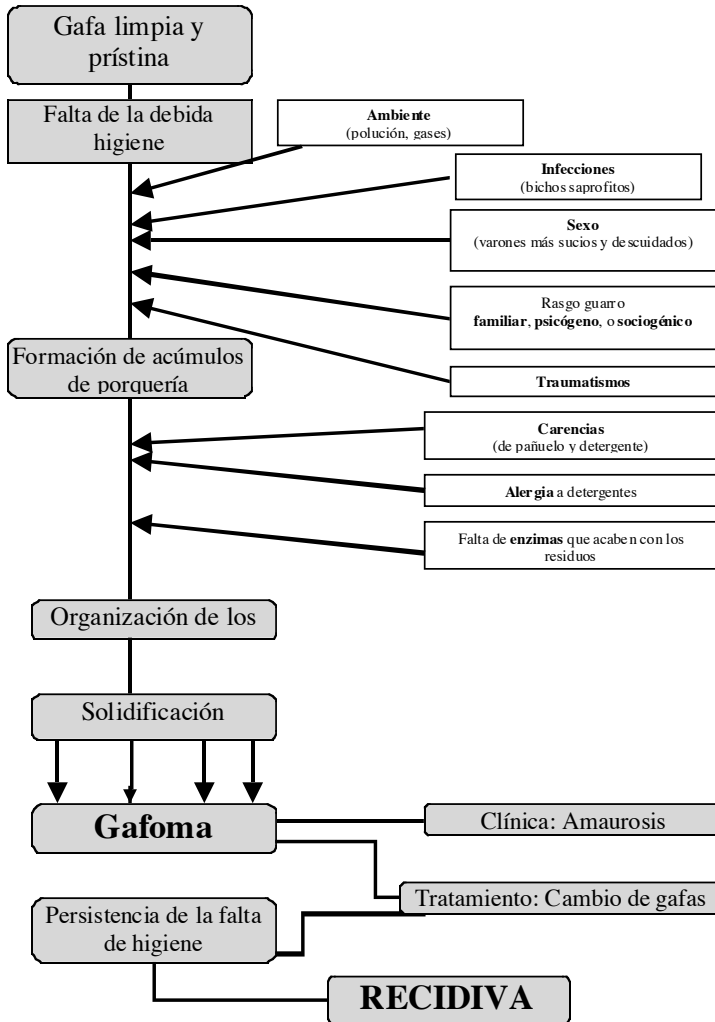
naron algunas de ellas y buscaron una alteración cromosómica que justificara los GAF; después de mucho buscarla no la encontraron, por lo que abandonaron este campo y pasaron a investigar los campos en los que tan fructíferas y creativas han resultado sus investigaciones. Puede que Schreber no hallara la causa de los GAF, pero la Ciencia salió ganando.

Nuestra Teoría

Nuestro Servicio de Medicina Total se ha interesado desde siempre por los GAF. Sin ir más lejos, acabamos de mencionar nuestro artículo sobre la lipofilia de los GAF. Por otra parte, hemos intentado repetidamente crear una raza de ratones en los que enredar, provocando GAF. Sin embargo, no hemos tenido ninguna fortuna, y no hemos podido obtener ratones gafosos.

Ultimamente hemos dado un giro copernicano a nuestros experimentos y hemos decidido estudiar las familias con alto índice de GAF. Con la ayuda de nuestro Supercomputador hemos analizado 700 características individuales de cada uno de los miembros de estas familias, en un intento por obtener un retrato robot del paciente que sufre GAF. Sólo dimos con una característica denominados común de todos estos individuos: Que eran todos extremadamente guarros y desaseados. Esta guarrería se daba en todos los miembros de las familias afectadas.

Hemos postulado, a continuación, que los GAF tal vez sean meros acúmulos de porquería (recuérdese nuestro hallazgo de su lipofilia) que crecen y crecen a lo largo de años en los que el paciente no se limpia las gafas adecuadamente. Para confirmar esta hipótesis hemos realizado un estudio prospectivo en una serie de estas personas, cuyos resultados publicaremos en varios capítulos dentro de algunos meses. Podemos adelantar a nuestros lectores que nuestra hipótesis se ha visto confirmada.



En este cuadro tan majo de aquí arriba tratamos de fundir en nuestra teoría todas las precedentes. En lo **infecioso**, y aunque McHinarrena estuviera errado cuando buscaba un GIV, hay que asumir que nuestra flora saprofita, tan dada a poblar todo tipo de superficies, poblará igualmente los cristales de las gafas. En lo

carencial, si el paciente no dispone de pañuelo no limpiará la porquería que por efecto de la contaminación, el uso, etc (**T^a Ambiental**), va depositándose en el cristal. Por otra parte, los varones, más sucios y descuidados, (**T^a Endocrinometabólica**) limpian con menor auidad sus gafas, y los traumatismos (**T^a Conectivopática**, de refilón) contribuyen a opacificar los cristales. La falta de enzimas que metabolicen toda la porquería (**T^a Disenzimática**) y la falta de higiene del sujeto, ya sea psicógena (**T^a Psicosomática**), ineducacional (**T^a Sociológica**), constitucional hereditaria (**T^a Heredofamiliar**) o por alergia a los detergentes (**T^a Inmunoalérgica**), hacen que el detritus se acumule hasta constituir el GAF. Si, una vez tratado el GAF e implantadas las gafas sustitutivas, se mantienen los factores de riesgo, se producirá irremisiblemente la recidiva.

Por otra parte, el análisis espectrográfico, fotolorimétrico y transcultural de muestras de 3000 GAF realizado en nuestro laboratorio demuestra que histológicamente los GAF son meras concreciones de sustancias acumuladas en el cristal de la gafa durante años de higiene inadecuada.

Ni que decir tiene que nuestro hallazgo cambiará por completo el concepto tradicional del GAF, al insinuar la posibilidad de un tratamiento profiláctico (lavado asiduo de las gafas) y de un abordaje curativo menos radical que el que venía practicándose hasta la fecha (tal vez a base de detergentes muy poderosos), que permitirá rescatar al órgano (gafa) y rehabilitarlo, para proceder a su reinserción social. Creemos que sería importante poner en marcha campañas de educación sanitaria en la población gafosa, haciendo ver a estos sujetos la trascendencia de la observación de unas mínimas normas de higiene. Y suponemos que este hallazgo nos colocará en la pole position del Nobel del año que viene, que esto ya es una vergüenza, mucho dios de la Medicina y mucha gaita y todavía no me lo han dado.

Bibliografía

- 1.- McNamara WR. Embriology. Mensajero, Barakaldo, 1976
- 2.- Kartoffen F. Malignant tumor upon the surface of goggle glasses: A new variety of tumor that I will call Goggleome and thus I'll get a lot of dollars in royalties. J Pat Goggles, 3: 100-107, 1907
- 3.- Comité de Expertos. Estadiaje y definición de los Gafomas. OMS, Ginebra, 1967
- 4.- Sade JP. Couper, c'est la seule solution pour les tumeurs des lunettes, en Etcheberry JP (Ed): Chirurgie. La Presse Médicale de Zuberoa, Mauleon, 1986
- 5.- Florey HG, Ibarretxe K, O'Flaherty TD. New techniques in the surgical approachment to Goggleome treatment. Butcher, 23: 1198-1204, 1987

(Enero 1989)

Demostración Científica de la Superioridad del Hombre sobre la Mujer

Profesor Esculapio (Athens, Greece)

Recientemente, en el entrañable marco del txoko BUZTANDUNAK de Lezama, tuvo lugar una simpática alubiada a la que asistió el mítico Prof DYONISIOS W ESCULAPIO, Catedrático de Todo en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de El Pireo (Athens, Greece), y dios de la Medicina (en excedencia desde el pasado 1 de enero al habersele aplicado el decreto de incompatibilidades; de todos modos, ha presentado recurso). Al final del ágape, el Prof ESCULAPIO soltó un apasionante speech que tenemos la suerte, el gusto y el honor de reproducir en las páginas de The THMJ.

Señores:

No puede decirse que lo que voy a exponerles a continuación constituya nada nuevo; no lo es, en absoluto. Les voy a hablar acerca de la SUPERIORIDAD DEL HOMBRE SOBRE LA MUJER, algo que, por supuesto, Uds nunca se han cuestionado, como es lógico y cabal. Pero se preguntarán por qué motivo me obceco en traer a la palestra un asunto tan evidente. Pues bien: débese a que dentro de la crisis de valores que afecta a nuestra cultura los más básicos conceptos, como el que nos ocupa, están empezando a ser puestos en tela de juicio por ***pensadores*** progres, y esto se hace con argumentaciones pseudocientifistas, lo que puede llevar a error al vulgo, tan fácilmente deslumbrable por los programas de divulgación científica de la televisión. Y ante esta situación, amigos míos, tenemos en deber de contraatacar y exponer a la opinión pública la verdad, tal cual y tal como nuestra próspera sociedad natural, que algunos llaman machista, la ha asumido y transmitido a lo

largo de los siglos. Dentro de los muchos trabajos de investigación que ocupan a mi servicio, en fin, la demostración científica de la superioridad del Hombre sobre la mujer ha gozado de prioridad absoluta, pues soy consciente, muy consciente, de lo que los hombres, y la sociedad en general nos jugamos en este asunto. Huelga decir que finalmente hemos conseguido lo que nos proponíamos: hemos demostrado con argumentaciones científicas, claras e irrefutables, que el Hombre es superior a la mujer, y así se lo voy a exponer a Uds a continuación.

Revision historico-bibliografica

1. **"La mujer es el Hombre imperfecto" (Averroes)**

Así es, en efecto, y volviendo a los clásicos, he aquí lo que nos recuerda **Aristóteles**:

"La naturaleza sólo hace mujeres cuando no puede hacer hombres"

y Aristóteles, como recordarán Uds, sabía muchísimo acerca de todo (de fútbol, justo es reconocerlo, más bien poquito). Es normal, pues, que si la mujer es el hombre imperfecto, su valor sea menor que el nuestro. Veamos lo que nos dicen al respecto los judíos. En el capítulo 27 del libro del LEVITICO encontramos una tabla de indemnizaciones que sucintamente les expongo en esta filmina:

Hombre Adulto (20-60 años).....	50 siclos de plata
Mujer Adulta (20-60 años)	30 siclos de plata
Mozo (5-20 años)	20 siclos de plata
Moza (5-20 años).....	10 siclos de plata
Niño (1 mes - 5 años)	5 siclos de plata
Niña (1 mes - 5 años)	3 siclos de plata
Ancianos (mayores de 60 años)	15 siclos de plata
Ancianas (mayores de 60 años).....	10 siclos de plata

(Diapositiva número 1)

Vean Uds cómo para todas las edades los hombres tienen más valor que las mujeres. Esto es ilustrativo y -al mismo tiempo- peligroso, ya que como Uds convendrán, las indemnizaciones no son muy cuantiosas. Figúrense si se enteran las compañías de seguros, nos bajarán a todos las primas de los seguros de vida... je, je, está bien el chiste, ¿verdad?... Me los hace Bob Hope...

Siguiendo con nuestro hilo argumental, nos detendremos un poco más en los judíos. En el Génesis se cuenta que la mujer no es sino el resultado de una compleja plastia a partir de una costilla de Adán (una técnica quirúrgica verdaderamente revolucionaria en su tiempo y que, justo es reconocerlo, ni siquiera los modernísimos avances en Ingeniería Genética han conseguido reproducir). Por otra parte, en el mismo libro se nos relata cómo Eva, el resultado de tan complicada plastia, condujo al Hombre a la condenación y que en justo castigo el porvenir de la mujer deberá pasar por la sumisión al Hombre, como nos recordará siglos después **San Ambrosio**:

"Puesto que la mujer condujo al hombre al pecado, justo es que reciba al Hombre como la esclava al soberano",

lo que nos aporta un sólido argumento teológico para justificar el orden natural, que algunos llaman machista, imperante hasta nuestros días. Sin embargo, lejos de aceptar el dominio del macho, algunas mujeres adoptan actitudes contra natura y se nos resisten o se constituyen en enemigas de nuestro género. Citemos a George Bernard **Shaw**:

"La mujer espera al hombre, pero como la araña espera a la mosca".

Valiéndose de sus inherentes encantos estas mujeres seducen al varón, haciéndole caer en la decrepitud física y moral:

"Debe buir de la mujer quien desee conservar en plenitud sus energías corporales y espirituales; la mujer es homicida" (Proudbom).

Ante los riesgos que comporta la mujer no hay más remedio que someterla con mano dura e inclemente, como nos recomienda **Nietzsche**:

"Si vais con las mujeres, no olvidéis el látigo",

frase que, según los historiadores de la Txori-Herri Medical Association, completaría el citado autor en las postrimerías de su vida, en un momento de lucidez de su neurosífilis:

"Si vais con las mujeres, no olvidéis el látigo, y mucho menos el preservativo",

2.- Aspectos Intelectivos y Psicológicos

Ya **Moebius** demostró en el XVIII que ***el cerebro femenino pesa menos que el masculino***. Nosotros mismos hemos constatado que ***todos los grandes hombres de la Historia han sido eso precisamente: hombres, y no mujeres***, y **Bossuet** nos habla de la pobreza de la vida intelectual femenina:

"La historia de las mujeres muestra que su vida interior y exterior, individual y colectivamente, ofrece tal monotonía, nivelación y homogeneidad, que necesitan entregarse más vivamente a la moda, donde todo es cambio y mutación, para añadir a su vida algún atractivo".

Una mujer, **Mme Remusat**, reconoce la pobreza mental femenina, que se traduce en una incapacidad para las tareas lógicas:

"La mujer no sabe razonar y siempre quiere contradecir"

y como nos dice otro ejemplar de mujer, **Mme Stern**:

"A la mujer le falta en absoluto el método. El puro azar rige todos sus razonamientos y las más de sus virtudes".

Es así que la mujer se convierte en un ser voluble, lelo:

"Siempre la mujer varía; es un loco quien en ella confía"

(Víctor Hugo)

"La mujer es una cosa movable por naturaleza, más que una hoja al viento"

(Petrarca),

y este ser voluble supone una auténtica catástrofe con patas para los empeños del Hombre, como nos sugiere **Demóstenes:**

"La mujer desbarata en un día lo que el hombre medita en un año".

Lo peor de todo es que resulta vano intentar corregir este defecto femenino:

"Es una locura discutir con una mujer y ser bueno con los malvados"

(Saadi).

Por su parte, **Balzac** observa que desde su estupidez las mujeres tienden a fijarse en los hombres estúpidos (que, hay que reconocerlo, existen, pero pocos):

"¿Ha notado Ud que la generalidad de las mujeres tan sólo aman a los necios?"

Baudelaire se extraña de que se admita a las mujeres, tontas por naturaleza, en determinados ámbitos o recintos:

"Siempre me ha causado asombro que se deje a las mujeres entrar en las iglesias. ¿Qué conversación pueden tener con Dios esas cabecitas insustanciales y locas?"

¿Y qué decir de los hallazgos de **Adler**, que tan claramente demuestran que las propias mujeres son conscientes de su inferioridad?:

"Uno de los hechos que me ha permitido establecer mi concepción de la psicología individual es la demostración del sentimiento de inferioridad más o menos consciente que existe en todas las mujeres y en todas las niñas, por el hecho de ser mujeres".

¿Y de dónde surge este complejo de inferioridad? Consultemos a mi querido amigo **don Segis Freud**, que nos da la clave en un artículo de título tan churrigueresco como **"Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds"**, en el que denuncia la envidia que corroe a las niñas por no tener **pillila** y de las indelebles secuelas y taras que esto les produce a la hora de conformar su Superyó, con los consiguientes **"rasgos caracterológicos que los críticos de todos los tiempos han echado en cara a la mujer"**. Afirma Don Segis que **"las mujeres se niegan a aceptar que han sido castradas"** y remata su exposición diciendo que **"no puedo sustraerme a la idea -aunque casi no me atrevo a expresarla- de que lo que es éticamente normal para la mujer es distinto que para el hombre"**, lo que nos permite enlazar con el siguiente punto de mi exposición:

3.- Aspectos Etico-Morales

Ya **Alfonso X el Sabio**, que como su nombre indica sabía mucho, nos dice que:

"De mellor condición es el home que la muller en muchas cosas et en muchas maneras",

lo que de alguna manera asume una mujer como Santa Teresa cuando reflexiona que:

"El natural de las mujeres es muy flaco y el amor propio que reina en nosotras es muy sutil".

¡Qué portentosa capacidad de **insight** la de esta mujer, que le aproxima a la dignidad reflexiva de un varón! Señores, el hecho de que según algunos autores la santa abulense tuviera un poblado bigote (y por lo tanto, algún elemento biológicamente masculino) no debe hacer que dejemos de admirarnos de que una mujer muestre tamaña honestidad introspectiva. No en vano es una santa...

A vuelapluma, he aquí una selección de dichos sobre los rasgos ético-morales de la mujer:

"La amistad entre dos mujeres es siempre una conspiración contra una tercera"

(Ninon de Lenclos)

"Confía tu barca a los vientos, pero no fíes tu corazón a las hermosas, porque las olas son menos perversas que las promesas de una mujer"

(Cicerón)

"Una mujer virtuosa tiene en el corazón una fibra de más o de menos que las demás mujeres: Es estúpida o sublime"

(Balzac)

y de la contraposición moral entre ambos sexos:

"La virtud de la mujer es una virtud bella; la del sexo masculino debe ser una virtud noble"

(Kant).

Por eso es tan infrecuente encontrar mujeres perfectas, como indica **Nietzsche**:

"La mujer perfecta es el tipo más elevado de humanidad, más que el hombre perfecto; es también algo bastante raro"

ya que, siguiendo a **Diderot**:

"Los móviles de la mujer son tres: el interés, el placer y la vanidad".

Es la mujer, como reconoce una de ellas, **Mme Pompadour**, una especie sin conciencia moral:

"Las mujeres llaman arrepentimiento al recuerdo de sus faltas, pero, sobre todo, al sentimiento de no poder repetir las de nuevo",

lo que sitúa a las mujeres en el polo contrario al del hombre; el ya mentado **Diderot** comenta cuán diferentes son ambos sexos:

"Las mujeres tienen caprichos, antojos, algunas veces gustos. Hasta pueden elevarse a sentir pasiones. De lo que son menos capaces es de sentir amor. Están hechas para comerciar con nuestras debilidades, con nuestra locura, pero no con nuestra razón. Entre ellas y los hombres existen simpatías de epidermis, pero muy pocas simpatías de espíritu, de alma y de carácter".

Por ello, es menester mantener numerosas y cautas reservas frente a la mujer:

"Es la mujer compañía forzosa que se ha de guardar con recato, se ha de gozar con amor y se ha de comunicar con sospecha"

(Quevedo).

Puede parecer tal vez que la opinión de consagrados maestros sobre la mujer es bastante dura. Pues bien: los hay aún más taxativos, como ***Diderot***:

"La mujer es una cortesana",

lo cual, sin duda, es una exageración: ya sé que las madres de todos Uds son unas santas.

4.- Aspectos Estético - Anatómicos

Es abundante la literatura acerca de la supuesta belleza de la mujer, o de su abnegada capacidad maternizante. No nos engañemos, señores, no es para tanto. Quiero traer aquí una observación del folklore popular recogida por un destacado ginecólogo vasco:

"Parir es tan extraordinariamente sencillo que sólo lo hacen las mujeres"

Y en cuanto a lo bello o lo estético, mucho hay que hablar, como demuestra esta selección de atinados pensamientos:

"La mujer es un hermoso defecto de la naturaleza"

(Milton)

"No hay más que dos clases de mujeres: las feas y las pintadas"

(Oscar Wilde)

"El primero que comparó a la mujer con una flor fue un poeta; el segundo, un imbécil"

(Voltaire)

"Fue preciso que el entendimiento del hombre se oscureciese por el amor para llamar bello a un sexo de corta estatura, estrechos hombros, anchas caderas y piernas cortas. Su única belleza radica en el instinto de amor que nos empuja a ellas. En vez de llamarlo bello hubiera sido más justo llamarlo antiestético"

(Schopenhauer).

Y hay reflexiones con honda base teológico - histórica:

"Las mujeres deben recordar su origen y, sin ponderar en exceso su delicadeza, han de pensar que proceden de un hueso supernumerario en el que no había ninguna belleza, y que si tiene alguna han de dar gracias a Dios "

(Bossuet).

En fin, que llevábamos razón en Grecia cuando nos dedicábamos a los efebos.

Y concluida esta parte de revisión de las apreciaciones de autoridades clásicas y modernas sobre la mujer, centrémonos en la cuestión que aborda nuestra charla.

Demostración de la verdad indudable y cierta y autentica y veraz: la superioridad del hombre sobre la mujer

He de decirles que la demostración de la Superioridad del Varón ha sido una tarea ardua, incluso para mí. Sí: como lo oyen. Ha habido momentos de desánimo en los que he estado a punto de arrojar la toalla y abandonar la empresa, ya que mis intentos no daban el fruto apetecido. Pero no podía ser que los insignes autores citados y mi propia conciencia estuvieran equivocados. El Hombre es superior a la mujer, está claro, y de alguna manera se podría demostrar. Pero durante meses la historia de mis experiencias y esfuerzos fue también -he de reconocerlo- la historia de mis fracasos, hasta que un momento de inspiración genial me sacó del *impasse*.

Inicialmente había pensado en demostrar nuestra superioridad haciendo ver que somos más inteligentes que las mujeres. Para ello seleccioné colectivos randomizadamente y pasé el WAIS. Pues bien: resultó que sorprendentemente las mujeres obtenían puntuaciones más altas que los hombres. No me desalenté por este hallazgo, que justamente interpreté como un artefacto, y cambié de herramienta; en un segundo tiempo pasé el EIT (*Esculapio's Intelligence Test*), un instrumento de mi invención, e incluso otros tests, pero las mujeres seguían obteniendo mejores resultados. Este hecho me ha permitido apreciar que los tests de inteligencia, incluido el mío, no son todo lo fiables que debieran.

Posteriormente intenté desarrollar una escala de de catadura moral, la EMAI (*Esculapio's Moral Attitude Inventory*), pero los resultados de este instrumento eran muy difíciles de estandarizar y numerizar, así que lo deseché. Lo mismo me sucedió con una escala de valoración estética, la EAI (*Esculapio's Aesthetics Inventory*).

Estaba a punto de abandonar cuando tuve, como he dicho, una inspiración genial: Procedí al análisis semiológico - etimológico de las palabras **superior** e **inferior**, y éstos que ven en la filmina fueron los resultados:

SUPERIOR = Más alto

INFERIOR = Más bajo

(Diapositiva número 2)

Por lo tanto, la proposición lógica podía convertirse en:

**El hombre es superior a la mujer =
= el hombre es más alto que la mujer**

(Diapositiva número 3)

o bien,

**La mujer es inferior al hombre =
La mujer es más baja que el hombre.**

(Diapositiva número 4)

A partir de este nuevo planteamiento procedí a medir randomizadamente hombres y mujeres de los más variados colectivos del mundo y –albricias– los resultados confirmaron mi hipótesis: En grupos tan dispares y pintorescos como los guipuzcoanos, los amish, los tasadays, los sefardíes, los tibetanos y, en general, en todas las colectividades, los hombres son más altos que las mujeres; es decir, *los hombres son superiores a las mujeres, quod erat demonstrandum*. Y no sólo esto, si contemplamos la hipótesis complementaria y opuesta, observaremos que en todos los grupos, colectividades, sociedades y aglomeraciones las mujeres son más bajas que los hombres, es decir: *las mujeres son inferiores a los hombres*.

Este hallazgo trascendental, entre otras implicaciones, permitirá dotar de una base científica a la sociedad natural, que algunos llaman machista, y rebatir desde planteamientos rigurosos y lógicos a quienes niegan la superioridad del Hombre sobre la mujer.

Muchas gracias

(Larga ovación)

N de la R.- Así concluye la cinta que nos han pasado con la conferencia del Prof ESCULAPIO. Para terminar, señalar que con posteriori-

dad a la misma los miembros del txoko procedieron a jugar al mus y que después, acompañados por tan egregio conferenciante, se fueron de txikiteo por ahí. Las señoras -y los niños- estaban en casa.

Base bibliográfica

La Biblia

Freud's Complete Works

Pascual Castán S (Compilador). Pensamientos sobre la mujer, 2ª Edición, Barcelona: La Gacela, 1945

(febrero 1989)

Psiquiatría Bacteriológica: Bases teóricas aplicaciones y aplicaciones prácticas

Luigi Pastorelli, MD

Servicio de Microbiología Psiquiátrica

Hospital Micropsiquiátrico Beato Benito Salmonelli,

Milano, Italia

RESUMEN: *Se presenta la historia y el desarrollo de la Psiquiatría Microbiológica, y se describen sus aplicaciones prácticas.*

SUMMARY: *The History and Development of Microbiological Psychiatry, as well as its practical applications are dealt with.*

En los últimos años se ha detectado (1) un creciente interés por el campo de la Psiquiatría Bacteriológica (PB), al tiempo que crecía exponencialmente el corpus bibliográfico al respecto, en el que destacan algunos tratados ya clásicos, como el de Pastorelli (2). ¿Cómo se ha llegado a crear, y, aún más, individualizar este joven saber? Una reciente e interesante revisión (3) acerca de la Historia de la PB, establece las líneas maestras del proceso. Tal vez debamos comenzar por una ciencia que guarda relación con la PB, como es la Psiquiatría Animal.

La Psiquiatría Animal no es en absoluto una ciencia nueva y es conocido el clásico tratado inspirado por Ey al respecto. Sin embargo, casi siempre se alude a trastornos conductuales o, a lo más, a epilepsia, sin mencionar cuadros depresivos, psicóticos o ansiosos. A lo más que se ha llegado es a calificar de histeria determinados comportamientos de animales -generalmente domésticos- que podrían relacionarse con una finalidad determinada.

Por otra parte, ciertos animales muestran conductas que en la clínica humana evidenciarían determinados cuadros psiquiátricos. Así, se han descrito comportamientos autísticos en el cangrejo ermitaño y actitudes sociopáticas en el tiburón (4). Además, cier-

tas tradiciones humanas aluden a supuestos cuadros fóbicos en los elefantes (miedo a las ratas) (5). Sin embargo, todos estos "cuadros" tienen mucho más de alegórico que de real (6).

En definitiva, parece como si el enfermar psíquico fuese patrimonio del Ser Humano. Esto podría tener hondas raíces antropológicas. En efecto, no son pocos los filósofos que, como el Unamuno de "*Del Sentimiento Trágico de la Vida en los Hombres y en los Pueblos*" señalan que el Hombre es más un Animal Afectivo o Sentimental que Racional; si la Enfermedad Psíquica concierne, como se ha sugerido (7), más al sentimiento que a la Razón, lógico será que, a la luz del pensar unamuniano concluyamos que el enfermar psíquico se dará sólo en humanos. Tal vez, por lo tanto, deberíamos resignarnos a no encontrar crisis de pánico en anchoas, fases maníacas en salamandras, o cuadros delirantes en ñus. Sin embargo, algunos autores (8) sostienen con profunda convicción que el sentimiento no es privativo del Ser Humano, por lo cual no debería extrañarnos que existan enfermedades psiquiátricas en animales. Destacan, en este sentido, los ya clásicos trabajos de Pastorelli con bacterias (9). Ahora bien, los cuadros de la Psiquiatría Animal, o los de la Psiquiatría de Microorganismos, ciencia con la que le une un entrañable parentesco, ¿serán comparables y extrapolables a los observados en la Clínica Humana? Parece que en líneas generales sí, si bien existirían variaciones en las diferentes especies. Se ha observado que en las bacterias son especialmente frecuentes los cuadros ansiosos, mientras que en los protozoos no son raros los síndromes depresivos; los virus, por fin parecen presentar cuadros autistas con mayor frecuencia que otros seres (2). Se ha demostrado que las mismas terapéuticas aplicadas en la clínica humana pueden ser útiles en PB. En este sentido son clásicos los trabajos sobre el tratamiento de cuadros depresivos en *Campylobacter Piloni* con ágar-imipramina (10), o sobre la prevención del trastorno bipolar *Bordetella Pertussis* utilizando Carbonato de Litio (11)

Indudablemente, el interés para el Ser Humano radica en la aplicación para su provecho de los conocimientos sobre Psiquiatría Animal. Gracias a los trabajos de Pastorelli (2), el campo de la PB ha aportado ya importantes contribuciones. La más reciente tal

vez sea la de la aplicación de las Técnicas Conductistas a la Tecnología de Vacunas (12).

Como es sabido, el fundamento de las vacunas consiste en introducir en el cuerpo un fragmento de patógeno, o el patógeno al completo, en condiciones que no revistan riesgo para el individuo. Habitualmente, se introducen ciertos antígenos, cepas no patógenas de una bacteria o microbios muertos, o semimasacrados; el sistema inmune se encargará de reconocer como extraños estos elementos y procederá en consecuencia. Pues bien, siguiendo a Pastorelli, tal vez sea más interesante introducir el germen al completo, pero de forma que no sea patógeno en absoluto; es más, aún sería más útil llegar a la reconversión total del Reino Microbiológico en No Patógeno. Y a este fin propone que se empleen técnicas conductistas.

El experimento clásico tiene como protagonista al Neumococo (13). El procedimiento consiste en hacer crecer neumococos en ágar-ágar, según los procedimientos habituales. A continuación, se define el problema en términos de conducta, a saber: la conducta no deseada es la invasión de los tejidos humanos, mientras que la conducta deseada es la formación de bonitas colonias en espiral, que, según los ciertos estudios (14), son incompatibles con la acción patógena de esta bacteria. Como reforzador positivo, se utiliza el jugo de carne (muy apreciado por los neumococos), y como estímulo aversivo o castigo, ínfimas descargas eléctricas sobre la Placa de Petri en la que se cultivan las colonias.

Resumimos a continuación la técnica. A los Neumococos se les ofrecen muestras de tejido humano; si las colonizan, se les aplica una descarga subletal, hasta que discriminen que la conducta en cuestión no es deseada por el investigador y puede tener dolorosas consecuencias para ellos. Por otra parte, siempre que crecen en espiral, se refuerza esta conducta deseada echándoles starlux. Tras de unas semanas de aplicación del tratamiento, se obtienen cepas de neumococo absolutamente inocuas que pueden utilizarse para vacunas. El procedimiento es seguro, rápido y barato.

Dado el éxito de esta técnica, se ha propuesto continuar en esta línea de trabajo, diseñando nuevos métodos que permitan trasladar la experiencia con neumococos a otros microorganismos; igualmente, se ha apuntado que en el futuro tal vez puedan diseñarse métodos de abordaje individualizado, microorganismo a microorganismo (15). En definitiva, y como podremos poner de manifiesto en posteriores comunicaciones (16, 17, 18, 19, 20), la PB es una ciencia que aún tiene mucho que decir.

Bibliografía

- 1.- Pastorelli L: La Psiquiatría Microbiológica: Un campo que gana adeptos por momentos. Arch Luso-Gall Cienc Div, 99: 1323-1334, 1990
- 2.- Pastorelli L: Traité de Psychiatrie des Microorganismes. Paris: Lacroix et Cie, 1990
- 3.- Pastorelli L: The Origins of Bacteriological Psychiatry: I. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 1-123, 1990
- 4.- Pastorelli L: The Origins of Bacteriological Psychiatry: II. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 124-199, 1990
- 5.- Pastorelli L: The Origins of Bacteriological Psychiatry: III. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 200-263, 1990
- 6.- Pastorelli L: The Origins of Bacteriological Psychiatry: IV. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 264-343, 1990
- 7.- Pastorelli L: The Origins of Bacteriological Psychiatry: V. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 344-401, 1990
- 8.- Pastorelli L: Philosophical Issues on The Origins of Bacteriological Psychiatry. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 402-455, 1990
- 9.- Pastorelli L: Bacteriological Psychiatry. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 456-500, 1990
- 10.- Pastorelli L: Agar-Imipramine in the treatment of Campylobacter Pylori's dysforic states. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 501-523, 1990
- 11.- Pastorelli L: Lithium Carbonate in the Prophylaxis of Bipolar Disorders in Bordetella Pertussis. Acta Psychobacteriol Scand, 1: 524-543, 1990

- 12.- Pastorelli L: Behavioral Procedures and Vaccines. *Acta Psychobacteriol Scand*, 1: 544-566, 1990
- 13.- Pastorelli L: Behavioral Treatment for the Development of Non-Pathological Pneumococi. *Acta Psychobacteriol Scand*, 1: 567-655, 1990
- 14.- Pastorelli L: Spiroid Pneumococi: A Non-Pathogenic Branch of Pneumococi, en Pastorelli L: Complete Works XVI: 1223-1299. Barakaldo: Lasesarre & Co, 1988
- 15.- Pastorelli L: The Future of Bacteriological Psychiatry. *Acta Psychobacteriol Scand*, 1: 656-700, 1990
- 16.- Pastorelli L: Bacteriological Psychiatry: Client Issues. *Acta Psychobacteriol Scand* (in press)
- 17.- Pastorelli L: Bacteriological Psychiatry and Informed Consent. *Acta Psychobacteriol Scand*, (in press)
- 18.- Pastorelli L: Bacteriological Psychiatry: The Role of Serotonine. *Acta Psychobacteriol Scand* (in press)
- 19.- Pastorelli L: Serotonine Uptake Inhibitors in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders of Neisseria Gonorrhoeae. *Acta Psychobacteriol Scand* (in press)
- 20.- Pastorelli L: Mini Mental State: A powerful tool for screening of Cognitive Disorders of Brucella. *Acta Psychobacteriol Scand* (in press).

(THMJ, 1991)

Panfilón, El Antidepresivo Campeón

Clark Aston Smith

La evidente necesidad de desarrollar nuevos psicofármacos eficaces para el tratamiento de los trastornos afectivos es incuestionable. En los últimos tiempos han aparecido en el mercado muchas nuevas moléculas aportando avances espectaculares en este campo. El descubrimiento accidental de las propiedades antidepresivas del Clorhidrato de Membrillo a finales de la pasada década llevó al desarrollo de un programa de investigaciones con el fin de materializar su introducción en el arsenal clínico. Hasta el momento actual las posibilidades antidepresivas de una molécula se inferían de su capacidad para interactuar con sistemas neurotransmisores serotoninérgicos o noradrenérgicos. Este nuevo antidepresivo no comparte estas características, dudándose incluso de su capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica.

La reciente evidencia de las propiedades antidepresivas del Clorhidrato de Membrillo (Panfilón) abre nuevas expectativas en el tratamiento de la patología afectiva. El presente estudio puede considerarse una primicia en cuanto a la demostración clínica, mediante un estudio riguroso, de la seguridad y eficacia de la nueva molécula.

En el estudio participaron un número de pacientes igual a tres (dos machos y una hembra). Todos ellos cumplían los criterios *DSM-IV* de Trastorno Depresivo Mayor. Hay que decir que uno de ellos no los cumplía inicialmente (por el contrario, parecía bastante contento) por lo que fue sometido a tratamiento con haloperidol a dosis elevadas durante seis semanas hasta que mostró la conveniente hipomimia, hipotimia y lentificación psicomotriz para cumplir sobradamente los criterios, incluso con melancolía.

Los pacientes fueron divididos en tres grupos:

- Grupo A (número=1)
- Grupo B (número=1)
- Grupo C (número=1)

Los tres grupos fueron cometidos inicialmente a las siguientes exploraciones y escalas:

- Cuestionario de Morriña de Elvenham-Morris (CMEM)
- Escala Autoaplicada de Infelicidad de Okinendick-Ulzlola (EAIOU)
- Ecografía abdominal
- Biopsia Hepática
- Enema Opaco
- Laparotomía exploradora
- Biopsia del hueso turbinado medio izquierdo en su tercio frontal

El Grupo A recibió Imipramina a dosis de 250 mg/día durante seis semanas. El Grupo B recibió Clorhidrato de Membrillo a dosis de 300 mg/día durante el mismo periodo. El Grupo C recibió placebo (*Placebol*®) durante igual tiempo. Los tres grupos fueron asignados aleatoriamente a los diversos tratamientos, concretamente jugándose a los chinos. El doble ciego quedó garantizado por el método directo: todos los investigadores implicados permanecieron absolutamente borrachos durante todo el tiempo que duró la fase de estudio. Se utilizó güisqui de calidad intermedia a demanda, hasta que todos alcanzaron niveles de alcoholemia superiores a 2.

Sin dar muchas explicaciones diremos que el Clorhidrato de Membrillo fue mucho más eficaz que la imipramina (y no digamos el placebo), y desde la primera toma. La diferencia es por supuesto significativa, alcanzando la S de Morgan un valor de por lo menos pi medios (incuestionable, vamos).

Aunque los tres pacientes quisieron abandonar el estudio (de hecho ninguno quería comenzar), fueron obligados a seguir en

el mismo hasta su término con diversas medidas coercitivas. El grupo que más efectos secundarios mostró fue inexplicablemente el del placebo. Se están llevando a cabo diversos estudios que hasta el momento parecen implicar al excipiente utilizado (Aceite de Ricino)

Los efectos secundarios fueron mayormente de índole escatológico. El grupo que recibió el Clorhidrato de Membrillo sufrió como único efecto secundario relevante flatulencia. Otros efectos colaterales de menor importancia fueron Ictericia, tres cólicos renales y uno biliar (que se resolvió de forma rápida mediante colecistectomía) y una obstrucción intestinal (que también se resolvió sin más mediante una sencilla colostomía). Ninguno de estos efectos colaterales alcanzó un valor significativo en relación con el grupo control (S de Morgan menor de pi medios)

Al final del estudio todos los pacientes fueron sacrificados y sometidos a una pormenorizada autopsia. Se estudiaron niveles de neurotransmisores de todo tipo y otras cosas que se nos ocurrieron sobre la marcha y que no sabemos muy bien que hacer con ellas, pero que a ojo de buen cubero no parecen demasiado trascendentales.

Aunque los datos aquí presentados se basan en un análisis post-hoc con múltiples comparaciones, las diferencias son muy evidentes y estadísticamente significativas en las primeras visitas del estudio, pudiéndose concluir que:

- El Clorhidrato de Membrillo tiene magníficas propiedades antidepresivas, es seguro, eficaz, aunque no barato, y promete.
- No tenemos ni idea de como actúa aunque algunos datos sugieren que puede tener que ver con receptores periféricos reguladores de la motilidad intestinal.
- El güisqui de calidad intermedia es adecuado para obtener un buen doble ciego, pero deja clavo.

(1991)

CARTAS

Panfilón y deporte

Srs del Board:

Aprovechando para felicitar a todo el Editorial Board por el magnífico y desinteresado trabajo que en pro de la ciencia realizan con su magnífica publicación utilizo este foro que ustedes, con su sabiduría y generosidad me brindan para exponer un caso clínico que opino será de interés a todos los lectores del TxoriHerri.

Mr BLA es un esforzado cicloturista de 42 años de edad; iniciada su afición en edad algo tardía, después de muchos años de fumador y con una incipiente barriguita, comenzó sus salidas txirrindularis de fin de semana con otros afanosos compañeros en similares circunstancias. Equipado con el reglamentario culotte y un vistoso casco hacía sus pinitos de escalador ascendiendo el puerto de Umbe; a mitad de salida realizaba la pertinente parada de avituallamiento solventada con varios pinchos de tortilla y cerveza con gaseosa, con lo que la vuelta se hacía más llevadera (aunque lenta). El relato de sus gestas a su esposa al llegar a casa y durante la semana a sus compañeros de oficina hacía tal actividad más atractiva y disfrutable si cabe. Llegó el momento en que, considerándose ya suficientemente preparado, se lanzó al reto máximo del cicloturista dominguero: se inscribió en la Bilbao-Bilbao.

El día de la carrera amaneció gris; el señor Mr BLA, equipado de forma impecable y con la bici reluciente, tomó la salida con buen ánimo con el primer grupo. Durante los primeros 20 Kms todo fue bien; ya soñaba con el recibimiento de héroe que le dispensarían su mujer y sus hijos, con el plato de alubias con chorizo y morcilla que se iba a comer al llegar a casa y con la merecida siesta postpandrial. Sin embargo, alrededor del km 25 empezó a notar calambres en las piernas; todo el mundo le adelantaba y a la mínima cuesta se quedaba clavado. Cuando un compañero le dijo que aún quedaban 76 kms para la llegada sufrió un repentino pasmo y cayó fulminado al suelo. Los efectivos de la DYA

llegaron raudamente y después de estar a punto de atropellarle intentaron reanimarle. Sin embargo, aunque mantenía la respiración y el ritmo cardiaco no respondía a estímulo alguno ni denotaba actividad espontánea alguna. Ante tal situación fue llevado al servicio de urgencias del hospital más cercano.

Allí la exploración clínica no denotó anomalías de importancia; la analítica, incluyendo iones y aminoacidograma, no reveló alteraciones de importancia; un TAC, una RMN, un EEG, una biopsia cerebral y una laparoscopia exploratoria, así como un enema opaco tampoco mostraron hallazgos clínicos de relevancia. La Escala de Trastornos de los Nervios dió sin embargo una puntuación de 97 por lo que fue de inmediato trasladado a una unidad de psiquiatría de corta estancia. A su ingreso el médico de guardia fue incapaz de realizar una exploración dada la persistencia del estado estuporoso del paciente (que por cierto, a estas alturas todavía llevaba su indumentaria de ciclista).

El paciente fue sometido a todo tipo de tratamientos farmacológicos y psicoterápicos, así como TEC (33 sesiones) y Psicocirugía (Lobotomía Prefrontal) sin respuesta. A estas alturas un MIR espabilado se hizo cargo de su tratamiento, y tras realizarle un Narcoanálisis consiguió obtener una confesión en toda regla del origen del bloqueo mental del paciente: la idea de no terminar la Bilbao-Bilbao, el descrédito ante su esposa y amigos, la ignominiosa retirada, fueron más de lo que su mente era capaz de soportar, y su equilibrio psíquico se hundió. De inmediato se inició tratamiento con perfusión intravenosa de Panfilón con resultados espectaculares. A los tres días el paciente había recuperado sus funciones y respuestas normales, hablaba de forma espontánea y sus movimientos eran gráciles y fluidos. Además estaba de un humor excelente y no parecía preocuparse por su fracaso deportivo. La *Escala de Majaderías de Bartholomew* dió una puntuación de 3, con lo que el paciente fue dado de alta con el diagnóstico de Trastorno de los Nervios No Especificado y con la recomendación de seguir tomando Panfilón, vía oral, durante tres meses más.

Al año siguiente el paciente se presentó a la Quebrantahuesos, prueba que realizó en 6 horas y 7 minutos, llegando el primero destacado; se fumó un puro en la cima del Marie-Blanche, puerto que ascen-

dió con un desarrollo del 39x21 sin levantarse del sillín, y además se pasó la carrera contando chistes. Una entrevista a su esposa confirmó que no había entrenado nada y que su vida sexual era una pasada. La misma entrevista reveló que el paciente había continuado tomando Panfilón todo el tiempo y que de hecho había triplicado la dosis en los días previos a la carrera. Tanto el paciente como su esposa se negaron en redondo a considerar una posible interrupción del tratamiento alegando posibles recaídas.

Parece evidente que la asociación entre la toma del Panfilón y la mejora del rendimiento deportivo en este caso es incuestionable. Aunque de momento puede considerarse un caso anecdótico no parece descabellado aconsejar la inclusión del Clorhidrato de Membrillo entre las sustancias a buscar en los controles antidoping.

Baldomero Campagnolo (UCE Hospital Psiquiatrico del TxoriHerri)

Bizcofilia y Panfilón

Sres del Board:

Quiero llamarles la atención sobre un efecto secundario muy curioso que he observado en uno de mis pacientes tras empezar a tratarle con Panfilón por una distimia de inicio precoz:

El Sr. A era un conductor de autobuses, de 45 años de edad, sin interés por la vida desde siempre que se limitaba a recorrer su línea de autobuses para atrás y para delante desde hacía 10 años de un manera casi mecánica y tremendamente eficaz por lo que sus jefes estaban muy contentos con él. Fuera de su trabajo apenas tenía amigos ni diversiones pasando la mayor parte del tiempo cuidando sus plantas. Acudió al psiquiatra porque una de las pasajeras le dijo un día: "tiene usted una pinta muy triste...debería ir a un psiquiatra". Así que ni corto ni perezoso el sr A se plantó en mi consulta donde hábilmente le diagnosticué de distimia y le tranquilicé al respecto hablándole de los modernos tratamientos que un psiquiatra enterado como yo podía proporcionarle, especialmente los que aprendo de la revista que Vds. dirigen. Inicié tratamiento con Panfilón como era de suponer y a la

semana siguiente apareció ante mí transformado, feliz, vestido con zapatillas deportivas, vaqueros y chamarra de cuero y con un corte de pelo totalmente renovado. Ya estaba yo felicitándome de los resultados cuando va y me dice que está preocupado por una cosa. Es entonces cuando me cuenta que se siente irresistiblemente atraído por las mujeres bizcas sean de cualquier tipo, edad, complexión o inteligencia. Me dice que cuando no trabaja no puede evitar perseguir a la primera bizca que se encuentra y que en varias ocasiones se ha desviado incluso de su ruta para ir detrás de alguna bizca que se le ha cruzado. Se ha olvidado de las plantas y aunque se siente feliz esto le preocupa. El paciente cree que es la medicación lo que le produce este efecto y yo le digo que imposible pero que de todos modos la vamos a quitar. Retiro la medicación y a la semana siguiente me encuentro al triste conductor de autobús de la primera consulta. Escéptico ante el cambio y deseoso de probar de una manera científica la supuesta asociación fármaco-efecto secundario le explico que reintroducir la medicación sería la mejor manera de conseguirlo. Prescribo de nuevo la medicación y a la semana siguiente me entero de que está en la cárcel por asalto a una vieja bizca de 79 años y de que me ha puesto una denuncia por daños y perjuicios.

Creo que este caso clínico es una prueba concluyente de que el Panfilón puede producir bizcofilia y aconsejo a Laboratorios Lachorra que se vaya buscando un buen abogado.

Dr. Li-
Ching-Tsui (Hong-Kong)

Hipersecreción de cerumen y Panfilón

Sres. del Board:

Quiero informar de la asociación de hipersecreción ceruminosa y toma de Panfilón en un paciente depresivo tratado en nuestro centro de salud mental:

El Sr. A era un empleado de Hacienda que desarrolló un cuadro de depresión mayor tras ser abandonado por su mujer que se fugó con un alemán que había venido a hacer turismo sexual. Casos como éste son muy frecuentes en nuestro centro y los tratamos a cientos. Como soy un ávido lector de la prensa médica internacional y además tengo Internet en casa no me costó mucho darme cuenta de que el tratamiento de este hombre debería ser el Panfilón así que se lo receté al instante. Sin embargo al mes siguiente el paciente apareció en mi consulta con unos chorros de cera que le bajaban desde los pabellones auriculares por el cuello hasta descansar sobre los hombros de la americana, de mucho preocupar. Me contó que no era que no se duchara sino que la cera surgía de sus orejas casi a borbotones y que no podía evitar manchar la almohada y las sábanas, toda su ropa, pringar la mesa de su despacho y hasta la comida (por cierto que se había acostumbrado al sabor de la cera y le gustaba). Como de ánimo se encontraba mucho mejor había intentado disimular el asunto comprándose un walkman con unos auriculares tipo gorro ruso pero la cera desbordaba las orejeras y de puro densa le impedía escuchar además la música. Lógicamente sospeche la asociación con la toma de Panfilón y lo retiré de inmediato. La cera fue disminuyendo y desapareció en una semana.

No se puede asegurar la implicación del Panfilón como agente causal en este caso pero creo que existe un alto grado de sospecha. Alerto a los clínicos de todo el mundo para que estén pendientes de estos efectos.

Dr. TsuWei (Bankog)

Laboratorios Lachorra, in reply

Sres del Board:

Ante la avalancha de denuncias sobre efectos secundarios de lo más chorra procedente fundamentalmente de países asiáticos queremos advertir a la comunidad científica mundial de que se ha detectado la existencia de un Panfilón espurio sintetizado sin permiso en el Extremo Oriente con el que nuestro prestigioso laboratorio no tiene absolutamente nada que ver. Este Panfilón clónico no reúne los mínimos

requisitos de calidad ni en cuanto a la procedencia del membrillo (el membrillo chino no puede competir con el nuestro), ni en los procesos de fabricación por lo que no debe confundirse de ninguna manera con el auténtico y único Panfilón.

Hay que decir que recientemente hemos tenido noticias de la detención en Murcia de un famoso traficante de membrillo lo que pudiera significar que se está intentando introducir este membrillo en Europa. Si las autoridades no toman medidas la situación podría alcanzar una gravedad extrema.

Recuerde: sólo es Panfilón si lleva la marca de Laboratorios Lachorra.

Departamento Médico,

Laboratorios Lachorra

Más sobre Bizcofilia y Panfilón

Sres del Board :

He leído con sumo interés las comunicaciones sobre algunos efectos secundarios del Panfilón publicadas en su magnífica revista. Quisiera realizar algunas puntualizaciones al caso presentado por el Dr Li-Ching-Tsui, acerca de un caso de Bizcofilia atribuido a la toma de Panfilón.

Mi opinión es que lejos de tratarse de un efecto específico, la atracción hacia las mujeres bizcas puede perfectamente enmarcarse en el desencadenamiento de una fase hipomaniaca yatrogénica. Diversos autores han descrito la capacidad del Panfilón para provocar manía farmacógena e incluso para inducir ciclación rápida. Probablemente el paciente, en el curso de un humor maniforme, sentía atracción hasta por las farolas, y el acúmulo de casos femeninos afectos de torsión ocular es meramente aleatorio.

Pienso por otro lado que tal efecto, lejos de ser considerado un problema, ha de añadirse a la evidencia del poder antidepressivo del Panfilón, y de que, al menos en este caso, no puede hablarse de Panfilón clónico.

Dr Chu-Ming-No (Taiwán)

Panfilon y Aversión a la Sopa

Srs del Board:

Es muy conocida la gran prevalencia de la aversión a la sopa en la población infantil, con una amplia frecuentación de los Servicios de Salud Mental Infantil a causa de este trastorno (1). Comunicamos aquí un caso clínico en el que se observó la desaparición de trastorno en un tratamiento con el antidepresivo Clorhidrato de Membrillo (Panfilón).

Case Report: Mr A, un varón soltero, de raza blanca y de 43 años de edad, se presentó en nuestra Clínica de Salud e Higiene Mental con un cuadro depresivo de intensidad moderada para el cual se pautó Clorhidrato de Membrillo en presentación líquida (Panfilon Gran Reserva). En el curso del tratamiento (que dicho sea de paso fue un éxito pleno) se dio la circunstancia de que el ama de llaves del paciente preparó una sopa de pollo (plato habitualmente aborrecido por Mr A) a la que por error y tomándolo por un condimento, vertió unas gotas de Panfilón Gran Reserva. Para sorpresa de la cocinera, Mr A tomó la sopa sin rechistar y aún repitió, aseverando que su sabor era extraordinario. Al poco, el ama de llaves cayó en la cuenta de que había aderezado la sopa con Panfilón Gran Reserva, lo cual nos fue comunicado por el paciente. Intrigados por tan sugestivo hallazgo, hemos repetido la experiencia con nuestro paciente en múltiples ocasiones, con diseños ciego y doble ciego, llegando a la irrefutable conclusión, en todos y cada uno de los casos, de que el paciente encuentra muy gustosa la sopa aderezada con unas escasas gotas de Panfilón Gran Reserva (con 6 es suficiente), en tanto que continúa encontrando detestable la sopa sin dicho producto. Hemos podido comprobar que el efecto amabilizador de la sopa puede obtenerse igualmente en nuestro paciente con la utilización de Panfilón en su tradicional presentación en comprimidos (para ello, basta con cuatro unidades del producto, que han de añadirse a la sopa a modo de picatostes).

Este espectacular hallazgo da pie a preguntarse si no habremos encontrado por fin el tratamiento idóneo para el Trastorno por Aversión a la Sopa. Para verificar si es así pensamos realizar un estudio doble

ciego frente a placebo (utilizando en este caso bovril como placebo, lo cual da lugar a algunas dificultades técnicas que esperamos poder subsanar). El hecho de que aún en la actualidad se desconozca el mecanismo de acción del Panfilón nos priva de poder presentar las habituales elucubraciones farmacodinámicas sobre este curioso hallazgo.

Warren S Knorr y Filippo Maggi (*Sausalito, California*)

I.- Gastaut CK, Etxaburu MS. Trastorno Por Aversión a la Sopa: Un problema sanitario de enorme magnitud que hace rebosar los Servicios de Salud Mental y Urbanidad Infantil. *Prac Souletin 1994; CXCVII: 2341-2507*

(1995)

Nuevas Virtudes del Panfilón

Srs del Board:

Desde hace años su revista viene informándonos sobre las excelencias del Clorhidrato de Membrillo (Panfilón®), prodigioso antidepressivo, que no sólo cura más y mejor, sino también más rápido (1).

Nuestro servicio, en el Hospital General de Villarriba, mantiene desde hace años una amistosa enemistad con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Comarcal de Villabajo. Nuestra rivalidad se plasmaba inicialmente en los partidos de futbito entre ambos servicios, en forma de alevosas entradas por parte de los torpes defensas de Villabajo. Más adelante, en su mezquina nesciencia, los de Villabajo embadurnaban los hermosos posters (mucho más lucidos y policromos que los suyos) que presentábamos los de Villarriba a congresos científicos y ferias similares. Por fin, sus arteras tácticas les llevaron a reducir la estancia media de su servicio mediante procedimientos escasamente profesionales que no voy a detallar aquí, pero con los cuales consiguieron colocar su estancia media 17 minutos y medio (exactamente, 17 minutos, veintisiete segundos y cuatro décimas) por debajo de la nuestra (2).

Ante tamaña afrenta, nuestro Equipo de Elaboración de Protocolos (EEP) se puso manos a la obra para dar con fórmulas de tratamiento que rebajaran sustancialmente nuestra estancia media sin repercutir

negativamente en nuestra calidad asistencial. Y fue entonces cuando descubrimos el Panfilón®. Gracias a él hemos rebajado nuestra estancia media enormemente y, lo que es mejor, nuestras jornadas laborales son mucho más relajadas. Así, mientras a los de Villabajo les dan las 3 estrujándose los sesos para curar a sus pacientes, nosotros, para las 12 ya hemos terminado y a partir de entonces nos dedicamos a la formación continuada, con cursos muy interesantes sobre la forclusión del apellido del padrino, abordaje sistémico de la flatulencia incoercible o predicción del clima mediante marcadores serotoninérgicos.

Una virtud más, por lo tanto, de tan magnífico producto.

Estanislao McNamara (Villarriba County Hospital, Maryland)

1.- Panfilón: A review of its pharmacological, pharmacokinetical, pharmacodynamical and pharmacoeconomical properties. *Boticas* 1990; **23**: 1254-1408

2.- Maryland Productivity Ranking, 1996.

(1998)

Información Científica
Con la asistencia de 23.000.000 especialistas
Celebradas en Barakaldo las
Primeras Jornadas
Panfilonianas Internacionales

Con la asistencia de 23 millones de ilustres especialistas llegados de todos los confines del Universo, se celebraron en Barakaldo las *I Jornadas Panfilonianas Internacionales*, bajo el auspicio de diversas entidades científico-benéficas, entre las que destacaba *Laboratorios Lachorra*. Las jornadas tuvieron una vocación interdisciplinar muy definida, lo que permitió un rico intercambio de experiencias en torno al uso del antidepresivo **Panfilón**[®] (Clorhidrato de Membrillo), el antidepresivo de pasado mañana.

El chairman de la Reunión, el Profesor **Clark Ashton Smith**, de la *Txori-Herri Medical Association*, que lleva ya varios años colocado en la pole position del Premio Nobel de Medicina por su descubrimiento de este maravilloso fármaco, glosó las propiedades del **Panfilón**[®] con su verbo fácil y exento de términos soeces, e hizo un sucinto recorrido por su historia. El **Panfilón**[®], destacó, es un producto seguro, con un excelente perfil de tolerancia, que cura la depresión en cuatro días, y con un mecanismo de acción totalmente novedoso, puesto que es absolutamente desconocido. Ultimamente se ha apuntado la posibilidad de que su actuación tenga lugar a nivel de receptores en la cavidad abdominal, sugiriéndose la existencia de unas sustancias endógenas, las llamadas **Endopanfiloninas**, que ejercerían en condiciones fisiológicas la simpar y beneficiosa actuación del producto. Otros autores establecen un vínculo entre el **Panfilón**[®] y el Centro del Sentido de la Vida, ubicado, según recientes estudios, en la cabeza del Páncreas. Las acciones psiconeuroendocrinofarmacológicas del **Panfilón**[®] son igualmente atípicas, y son especialmente destacables los efec-

tos del fármaco sobre la fase REM, en la que se han descrito mio-clonias de la musculatura auricular (earflapping), aumento de la duración y calidad de la tumescencia peneana y una acusada somnolencia.

El Profesor **Pitiklin Pitiklinov**, de la *Txori-Herri Medical Association*, repasó para la concurrencia el uso clínico del **Panfilón[®]**. Además de su eficacia demostrada en todo tipo de depresiones (depresión mayor vs distimia, depresiones adaptativas vs depresiones cronicadas, depresiones gordas vs depresioncillas), se ha comunicado la efectividad del producto en el enamoramiento patológico, el síndrome de suspiros incoercibles, las obsesiones, las manchas de tinta refractarias a tratamientos convencionales, el trastorno por aversión a la sopa, el zapping compulsivo y la arrosquia conyugal.

El Profesor **Dyonisios W Esculapio**, del Servicio de Medicina Total de la Universidad de El Pireo, repasó los escasos e infrecuentes efectos secundarios del **Panfilón[®]**. Según destacó este eminente autor, se ha informado que en ocasiones aisladas el **Panfilón[®]** puede acarrear pequeñas complicaciones, como flatulencia, ictericia, cólicos renales, cólicos biliares, oclusiones intestinales, forunculosis axilar, ojeras inestéticas, aumento de la frecuencia e intensidad de las discusiones con la suegra, ataques en masa por artrópodos campestres y aumento del volumen defecatorio. Estos sutiles secundarismos, por lo general autorrecortados, no siempre deben obligar a la suspensión del fármaco, por cuanto el efecto beneficioso del producto compensa sobradamente de estas leves molestias.

El Profesor **Jhfr4\$98@Ü#ßÖj**, de la Universidad Central de Saturno, repasó la experiencia interplanetaria del uso del **Panfilón[®]**, destacando los resultados favorables obtenidos en los diferentes centros planetarios. **Panfilón[®]**, destacó, es el antidepresivo con mayor cuota de mercado en Saturno, Júpiter y Urano, y se aproxima a esa privilegiada posición en otros planetas como Plutón, Venus y Marte. El Profesor **Jhfr4\$98@Ü#ßÖj** destacó que tampo-

co se conoce el mecanismo de acción del **Panfilón**[®] sobre los cerebros alienígenas afectos de depresión.

Finalmente, el Profesor **Don H Logan Jr**, de la *Txori-Herri Medical Association*, repasó la utilización del **Panfilón**[®] en Gastronomía, presentando su uso como un ejemplo más de la vocación normalizadora de la persona con trastornos mentales que ha animado a *Laboratorios Lachorra* en su campaña de promoción de nuevas presentaciones del producto (**Panfilón**[®] **Gran Reserva**, **Panfilón**[®] **Snifable**, **Panfilón**[®] **Aerosol**, **Panfilón**[®] **Chewing Gum** y **Panfilón**[®] **Picadura para Liar** y **Panfilón**[®] **Picadura para Pipa**).

En definitiva, gran éxito de público y crítica y un nuevo reconocimiento de las virtudes psicofarmacológicas del **Panfilón**[®].

Uso clínico del Panfilón[®]

Depresión	Depresión Mayor
	Distimia
	Trastornos Adaptativos con estado de ánimo depresivo
	Depresiones resistentes
	Depresiones gordas
	Otras formas de depresión
Enamoramiento patológico	
Síndrome de Suspiros Incoercibles	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	
Manchas de tinta refractarias	
Trastorno por Aversión a la Sopa	
Zapping Compulsivo	
Arrosquia conyugal	

Presentaciones del Panfilón^R

Panfilón^R Comprimidos Ranurados

Panfilón^R Gran Reserva

Panfilón^R Snifable

Panfilón^R Chewing Gum (diferentes sabores)*

Panfilón^R Aerosol

Panfilón^R Picadura para Liar

Panfilón^R Picadura para Pipa

() Presentación con cromos de futbolistas*

Bonito a la Panfilón^R

(Para 4 personas, con un score en la HAD superior a 30)

En una cazuelita, poner unos tomates pequeños enteros, 3 dientes de ajo enteros, perejil, 4 cebollitas enteras un vaso de **Panfilón^R** Gran Reserva y una cucharadita de vinagre.

Poner aceite en una sartén y dorar **n** rodajas de bonito (donde **n** viene dado por el número de comensales y lo bien que nos coman) previamente rebozadas en harina. Una vez concluida esta fase, se coloca el bonito en la cazuelita con los demás ingredientes y bañarlo todo en el aceite utilizado. Dejar cocer a fuego lento (punto importante, ya que con fuego vivo el **Panfilón^R** Gran Reserva pierde sus características propiedades organolépticas y psicofarmacológicas).

Se sirve acompañado de unas patatitas fritas y con la salsa por encima.

Profesor CA Smith:

*"No tenemos ni idea de cómo funciona
el Panfilón, pero funciona...
y cómo funciona.
Funciona como ningún otro funciona"*

Profesor Pitiklinov:

"Las manchas de tinta azul de Prusia
desaparecen con unas gotas de Panfilón Gran Reserva
y un vigoroso frotado de no más de dos minutos,
con un periodo de latencia
significativamente inferior al de otros quitamanchas
y otros antidepressivos"

Profesor Esculapio:

*"Existe una campaña interesada en airear
pequeños inconvenientes como graves efectos secundarios del Panfilón.
Mucho rojo y mucho liberal es lo que hay"*

Profesor Jbfr4\$98@Ü#ßÖj:

*"Sorprendentemente, el Panfilón nose fija a las vesículas pensato-
riasdel órgano ideador del homínido
saturniano, lo que le confiere un mecanismo de acción novedoso y
desconocido"*

(THMJ, 1996)

Trastorno Delirante Erotomaniaco en la Escherichia

Luigi Pastorelli

Resumen: Los trastornos delirantes en la *Escherichia* no son muy frecuentes. En este artículo se describe una cepa de escherichias que desarrollaron un trastorno delirante erotomaniaco al tratarlas con clorhidrato de membrillo (*panfilon*) por un cuadro depresivo y se discuten las implicaciones etiológicas y terapéuticas.

Summary: Delusional disorders are infrequent in *Escherichia*. In this paper we describe a brand of escherichia which developed a delusional disorder, erotomaniac type, after treatment with *panfilon* for a depressive state. Etiologic and therapeutic implications are discussed.

Introducción

La patología psiquiátrica de la *Escherichia Coli* (EC) es muy variada. Se han descrito cepas que desarrollan cuadros ansiosos (*E. phobica Pastorellii*) (1), cepas adictas al ágar-etanol (*E. alcoholadicta Pastorellii*) (2), y cepas con cuadros ansioso-depresivos de evolución tórpida (*E. disthymica Pastorellii*) (3). Sin embargo, no se conoce la existencia de patología psicótica, y en particular delirante en dicho microorganismo (4). Describimos una cepa de *E. disthymica Pastorellii* que desarrolló un trastorno delirante erotomaniaco al ser tratada con clorhidrato de membrillo (Panfilón).

Caso Clínico

Colonia de EC transplantada a una placa de Petri convencional con ágar-ágar. A las doce horas de ser transplantados, los microorganismos comienzan a mostrar claros signos de un estado

ansioso-depresivo (palidez turbia de las colonias, bordes festinados de las mismas, grumosidades citoplasmáticas en estrella), basta terminar por configurar, en pocas horas, un síndrome clínico que reúne por completo los criterios operativos de Pastorelli para el Trastorno Ansioso-Depresivo de las Enterobacterias (5). Se procede, por lo tanto, a diagnosticar a la placa de E. disthymica Pastorellii.

Como tratamiento se pauta Panfilón (Clorhidrato de Membrillo), basándose en la excelente tolerancia y respuesta a este producto de la Edwarsiella penosisima Pastorellii, la Salmonella plagniens Pastorellii y el Proteus melancolicus Pastorellii (6). Se traslada la Escherichia disthymica Pastorellii a la correspondiente placa de Petri con ágar-Panfilón a una concentración de 0.5 ppm (dentro del rango terapéutico para las enterobacterias antes señaladas [6]).

A las pocas horas se constata una franca mejoría del microorganismo, que recupera el color y el contorno habitual de sus colonias, al tiempo que se normalizan los gránulos citoplasmáticos. A las 24 horas se está en condiciones de diagnosticar E. disthymica Pastorellii en Remisión Completa.

Sin embargo, cuando se va a trasladar al microorganismo a una placa desprovista de Clorhidrato de Membrillo comienzan a aparecer signos preocupantes de patología delirante en la escherichia. Las colonias adquieren un tono rojizo voluptuoso y adoptan un contorno sinuoso, lo que cumple los criterios operativos de Pastorelli para Trastorno Delirante en Enterobacterias (5). Como se sabe, este trastorno responde bien al ágar-perfenazina (0.2 ppm) en la Shigella paranoidea Pastorellii (7), mientras que en el Campylobacter delirans Pastorellii se recomienda el ágar-haloperidol (0.05 ppm) (8). Al tratarse del primer caso conocido de patología delirante en EC optamos por dividir la cepa afecta en tres grupos: A, tratado con ágar-perfenazina (0.2 ppm), B, tratado con ágar-haloperidol (0.05 pp) y C, sin tratamiento, para seguir la historia natural del proceso.

El grupo A, tras dos horas en ágar-perfenazina, presenta claros signos de remisión del trastorno, por lo que se está en condiciones de diagnosticar Escherichia delirans Pastorellii en remisión parcial; a las diez horas se puede establecer la remisión completa.

El grupo B, por su parte, fenece por completo a las tres horas de ser transplantado al ágar-haloperidol, si bien ha de indicarse que no se observaron extrapiramidalismos.

Por su parte, el grupo C, transplantado a ágar-ágar, sigue mostrando signos claros de Trastorno Delirante en Enterobacterias. A las diez horas, además, las colonias adoptan una forma en corazón. En los días sucesivos comienzan a colonizar los objetos personales del investigador, al tiempo que las colonias-corazones son cada vez más grandes y vistosas. Es evidente la fascinación que la persona del investigador ejerce sobre la E. delirans Pastorelli. Tal fascinación alcanza ribetes netamente erotomaniacos, por lo que optamos por diagnosticar de E. clerambaultica Pastorellii. Por fin, ante el cariz que van tomando los acontecimientos (el investigador es invadido por las EC enamoradas, lo que le produce una molesta gastroenteritis), optamos por instaurar un tratamiento con ágar-perfenazina (0.02 ppm), con lo que el cuadro remite en veinte horas, con desaparición de las colonias-corazón y neta mejoría de la gastroenteritis del investigador.

Comentario

Este es el primer caso de que tenemos noticia en el que se ha podido constatar un trastorno delirante en la EC. Por otra parte, resulta sugestivo que se trate de un delirio erotomaniaco. Creemos evidente que las EC afectas, en la onda del clásico delirio descrito por Clérambault, tenían la convicción delirante de ser amadas por alguien de un rango superior al suyo (el investigador). Probablemente el cuidado que mostramos al transplantarlas a la placa de Petri dio lugar a la errónea interpretación de que eran objeto de nuestro amor. Lógicamente, las ulteriores atenciones (puramente profesionales, mi ética profesional ha de quedar fuera de toda

duda) prestadas al microorganismo fueron interpretadas como signos de amor del investigador, quien para el entendimiento del microorganismo, nublado por su delirio, le amaba apasionadamente y le protegía de todo mal.

Más difícil resulta la interpretación de la gastroenteritis. A nuestro entender, fue un intento por parte de las EC de incorporarse al objeto supuestamente amador y realmente amado. Sin embargo, en la línea de la evolución clásica de una erotomanía, bien podría corresponder a una actuación agresiva de la bacteria si en algún momento de la evolución de su delirio llegó a interpretar que el investigador la ignoraba o desairaba (9).

Otro aspecto a considerar es la relación causal que se puede establecer con el tratamiento con Panfilón. Ni la *Edwarsiella penosisima Pastorellii*, ni la *Salmonella plagniens Pastorellii*, ni el *Proteus melancolicus Pastorellii* presentan, en nuestra experiencia, efectos secundarios con el Panfilón a las dosis utilizadas habitualmente. No se conoce aún el mecanismo de acción de este anti-depresivo, y, por otra parte, no existe una transmisión dopaminérgica en la EC que pudiera estar implicada en la descompensación delirante de la bacteria. De hecho, y a pesar de los meritorios trabajos de Pastorelli (10), no se ha demostrado un papel significativo de este neurotransmisor en la patología psicobacteriológica más habitual. En cualquier caso, esta extraña descompensación no hace sino complicar y dificultar aún más nuestra comprensión del mecanismo de acción del Panfilón.

En definitiva, con esta comunicación se ensancha el apasionante campo de la Psicobacteriología. Creemos recomendable, en tanto no se demuestre su inocuidad, evitar el uso del Panfilón en el tratamiento de los estados depresivos de las *E. Coli*. Igualmente, parece aconsejable que ante toda gastroenteritis profesional en técnicos de laboratorios que trabajen con este microorganismo se descarte de forma rutinaria una erotomanía bacteriana.

Bibliografía

- 1.- Pastorelli L: Phobic states of Escherichia Coli, en Pastorelli L (ed): *The Psychobacteriology of Escherichia Coli*, pp 454-466, Pastorelli & Son, Milano, 1991
- 2.- Pastorelli L: Alcohol dependence in Escherichia Coli, en Pastorelli L (ed): *The Psychobacteriology of Escherichia Coli*, pp 145-376, Pastorelli & Son, Milano, 1991
- 3.- Pastorelli L: Affective syndromes of Escherichia Coli, en Pastorelli L (ed): *The Psychobacteriology of Escherichia Coli*, pp 1044-1126, Pastorelli & Son, Milano, 1991
- 4.- Pastorelli L: Unusual or non-reported syndromes in the psychobacteriology of Escherichia Coli, en Pastorelli L (ed): *The Psychobacteriology of Escherichia Coli*, pp 1127-2112, Pastorelli & Son, Milano, 1991
- 5.- Pastorelli L: *Research Diagnosis Criteria in Psychobacteriology*. Pastorelli & Son, Milano, 1990
- 6.- Pastorelli L: The use of Panfilon in Psychobacteriology. *Proceedings of the First International Meeting on the Virtues of Panfilon*, Abadiño, 1991.
- 7.- Pastorelli L: Treatment strategies for Shigella Paranoidea's paranoid disorders. *Acta Psychobacteriol Scand*, 2: 991-1003, 1991
- 8.- Pastorelli L: Le traitement des états paranoïaques du Campylobacter delirans. *Rev Franç Psychobact*, 1: 34-44, 1991
- 9.- Clérambault G: Psychoses passionnelles, en CLERAMBAULT G: *Oeuvre psychiatrique*, Tome I, pp 311-451, Presses Universitaires de France, Paris, 1942
- 10.- Pastorelli L: Dopamine in Psychobacteriology: A Review. *Psychobact Pharmacol Bull*, 1: 3-783, 1991

Received 2-1-92; Accepted 3-1-92

(*THMJ*, 1992)

Hacia una nueva conceptualización de la formación del M.I.R. Resumen del informe del Comité de Expertos

Chairman: Profesor Dyonisios W. Esculapio

Declaración de Intenciones:

El Comité de Expertos para la Nueva Conceptualización de la Formación del MIR (CENCFMIR) fue creado por Orden Ministerial con el fin de diseñar nuevas líneas maestras en la formación del MIR. Este CENCFMIR, con base en Betsgheda, Maryland, se ha reunido al efecto durante meses, debatiendo con denuedo las propuestas de todos y cada uno de sus miembros. Es de destacar que la unanimidad ha presidido la práctica totalidad de las decisiones del CENCFMIR, por lo que no ha sido necesario que el Chairman, Profesor Dyonisios W. Esculapio, ejerciera en ninguna ocasión su voto de calidad.

El aspecto más cuidadosamente tratado, y que centra las recomendaciones del CENCFMIR, no es, como podrían esperar algunas mentes pocos avisadas, el de la docencia a los MIR ni el de sus horas de trabajo, ni mucho menos el de su retribución. Los miembros del CENCFMIR se han entregado de forma cuasi exclusiva a la discusión de un aspecto de enorme trascendencia como es el de la adquisición por el médico especializando de ciertas artes y habilidades que en la actualidad son aprehendidas de forma más o menos automática por los MIR; trátase de los Tópicos, Vicios y Burning-outs Profesionales (TVBP). El CENCFMIR considera que aunque estos rasgos se adquieren habitualmente de forma espontánea, es recomendable establecer un Programa Estructurado para evitar que algunos mire no los incorporen. A este fin realizan estas recomendaciones:

Recomendaciones:

- 1º Los médicos especialistas en formación deberían adquirir los TVBP de forma estructurada, y según un programa minuciosamente planificado.
- 2º Obedeciendo a la responsabilidad que los diferentes estamentos tienen para con los especialistas en formación, debería establecerse un programa oficial, publicado mediante las correspondientes disposiciones u órdenes ministeriales, en el que se recogieran los aspectos básicos de formación en este terreno, especificándose el año de residencia en que han de ser dominados con suficiencia por el médico especializando.
- 3º Los miembros de la CENCFMIR proponen el siguiente programa, estructurado para cuatro años de residencia (duración tipo de la especialidad). Para las especialidades de tres años de duración, el programa debería comprimirse (bajo ningún concepto deberían obvirse temas o aspectos del mismo) y para las de cinco años de duración, el CENCFMIR considera oportuno que se dedique el quinto año a la profundización en uno o todos los temas o aspectos del programa.
- 4º Al término de la residencia, y previamente a la concesión del título, el médico especializando debería pasar un examen ante un Tribunal sobre Adquisición de TVBP (TATVBP), compuesto paritariamente por destacados profesionales de la docencia universitaria y de la práctica clínica, con un presidente de reconocido prestigio científico y miembro de alguna conocida asociación científico-benéfica, sin voto de calidad. La superación del examen ante el TATVBP será requisito indispensable para la concesión del título.

Apéndice I: Programa de adquisición de TVBP 1º Año de Residencia

- 1.- **Competitividad.** El residente deberá adquirir conocimiento sobrado de la importancia de la competitividad (*NOTA: Dado el sistema de estudios y especialización médica imperante, este aspecto deberá ser dominado por el MIR antes de comenzar la residencia, por lo que en el primer año de la misma tan sólo se procederá a profundizar en el mismo*).
- 2.- **Onfalitis I.** El MIR deberá percibir claramente que su servicio o departamento es el que más y mejor trabaja en todo el hospital, si no el único (*NOTA: En hospitales monográficos el MIR deberá percibir claramente que su hospital es el que más y mejor trabaja en toda la provincia, si no el único*).
- 3.- **Bibliografía I.** El médico especializando deberá adquirir suficiente capacidad para enunciar los grandes tratados de su especialidad, y ordenarlos por su prestigio y año de edición. Sería recomendable que, además, se conociera su título en la edición original (americana, si es posible), y que el MIR aprendiera a encontrar defectos a estas obras, utilizando frases como "*está bien, pero el capítulo sobre X está poco actualizado*", o "*está un poco pasado: es de hace tres años*".
- 4.- **Protocolos I:** Aprendizaje de lectura y diseño de protocolos clínicos.
- 5.- **Ventadelavadoras.** En este área, el MIR deberá adquirir la habilidad necesaria para derivar pacientes a otros servicios o compañeros.

2º Año de Residencia

- 1.- **Onfalitis II.** A través de esta disciplina, el MIR deberá profundizar en su percepción de que su servicio o departamento es el que más y mejor trabaja en todo el hospital, si no el único (*NOTA: En hospitales monográficos el MIR deberá profundizar*

en su percepción de que su hospital es el que más y mejor trabaja en toda la provincia, si no el único).

- 2.- **Coñazo I.** Siguiendo las prudentes observaciones de sus mayores, el residente deberá comenzar a pensar que los pacientes que atiende son muy molestos. En esta etapa el MIR deberá percibir que los pacientes van a la urgencia fundamentalmente por tonterías, y casi nunca por patología urgente.
- 3.- **Repelencia I.** Esta disciplina ahonda en los aspectos de pedantería del residente, centrándose en la adquisición de un amplio elenco de términos en inglés (*NOTA: Al término de los estudios de Medicina deberían haberse adquirido suficientes artes pedantes en castellano*).
- 4.- **Skills of Referral I.** Esta disciplina, de gran importancia, requiere una adecuada adquisición de la disciplina de primer año "**Ventadelavadoras**", de la que es continuación. Skills of Referral I se concentrará en la filosofía de las hojas de consulta, en particular, en la distinción entre los conceptos de "*urgente*", "*en el día*" y "*ordinario*". La suficiencia en esta disciplina implica que el MIR será capaz de discutir con otros facultativos lo que es urgente o no en cada momento.
- 5.- **Bibliografía II.** El médico especializando deberá adquirir suficiente capacidad para enunciar las grandes revistas de su especialidad, y de ordenarlas por su prestigio.
- 6.- **Labelling I.** A través de este área de conocimiento y formación el médico especializando deberá aprender a etiquetar a compañeros, colegas, autores, etc, con términos, en lo posible, peyorativos (*NOTA: Por ejemplo, en Psiquiatría, el MIR deberá aprender a calificar a compañeros, colegas, autores, etc, de "organicista acérrimo", "psicodinamicista", etc*).
- 7.- **Protocolos II.** En esta disciplina se profundizará en el aprendizaje de lectura y diseño de protocolos clínicos.
- 8.- **Despondency I.** A través de este área de formación, el médico residente llegará a la conclusión de que toda la red de atención primaria está compuesta por mangutas ignorantes que derivan la menor complicación a la urgencia hospitalaria.

3º Año de Residencia

- 1.- **Coñazo II.** Siguiendo las prudentes observaciones de sus mayores, el residente deberá profundizar en la percepción de que los pacientes a quienes atiende son bastante pestes. En esta etapa de la residencia el MIR deberá aprender que los pacientes crónicos son muy molestos en las salas de los hospitales, por lo cual es lógico y cabal no ingresarlos.
- 2.- **Skills of Referral II.** El MIR deberá aprender y dominar a la perfección los criterios (específicos para cada especialidad) que señalan qué especialidad ha de atender a cada paciente. La suficiencia en este área de formación se pondrá en evidencia en agrias discusiones con compañeros de otras especialidades, con expresiones del tipo "*éste es vuestro*", "*¿cuándo se ha visto que nosotros tratemos esto?*" o "*esto es de vuestra especialidad de toda la vida*". (NOTA: *A fin de definir más claramente este área, el CENCFMIR sugiere el término alternativo de "MAPPING"*).
- 3.- **Parana I.** La adquisición de este área permitirá que el residente intuya que los grandes cerebros que llevan la gestión (es decir, la administración sanitaria) tienen como objetivo preferente molestarle, dañarle y perjudicarlo.
- 4.- **Listos I.** El MIR deberá aprender a elogiar a las figuras más sobresalientes del saber médico de su hospital, con expresiones como "*lee mucho*", "*es un gran profesional*", "*...comenta que*", etc (NOTA: *La expresión "estudia mucho" es intercambiable, y aun preferible a la anteriormente propuesta "lee mucho"*).
- 5.- **Protocolos III.** En esta disciplina se profundizará en el aprendizaje de lectura y diseño de protocolos clínicos.
- 6.- **Onfalitis III.** A través de esta disciplina, el MIR deberá percibir claramente que su servicio o departamento es el más competente de los de su especialidad en muchos kilómetros a la redonda (NOTA: *En hospitales monográficos el MIR deberá percibir de que su hospital es el más competente de su especialidad en muchos kilómetros a la redonda*).

- 7.- **Repelencia II.** Esta disciplina ahonda en los aspectos de pedantería del residente, centrándose en la ampliación de su elenco de términos en inglés.
- 8.- **Bibliografía III.** El médico especializando deberá adquirir la capacidad de citar las últimas aportaciones de las revistas más prestigiosas en sus discusiones con compañeros. Por ejemplo, debe saber decir: "*Pues en el último número del Jóspital end Comyúnniti Clínicol Médisin dice que...*".
- 9.- **Labelling II.** A través de este área de conocimiento y formación el médico especializando deberá mejorar su etiquetado de compañeros, colegas, autores, etc, con términos claramente peyorativos (*NOTA: Por ejemplo, en Psiquiatría, el MIR deberá aprender a calificar a compañeros, colegas, autores, etc, como "un chalao de lacaniano", "sólo entiende de neurotransmisores", "tiene el ello a flor de piel", "está todo el rato defendiéndose", "es una histeria de libro"...*)
- 10.- **Despondency II.** A través de este área de formación, el médico residente llegará a la conclusión de que, hecha la salvedad de su propio caso cuando rota por ambulatorios, toda la red de atención primaria está compuesta por mangutas ignorantes que derivan la menor complicación a la urgencia hospitalaria (*NOTA: Esta disciplina, según los diferentes programas de especialización, puede abordarse en el 3º o 4º año*).

4ª Año de Residencia

- 1.- **Protocolos IV.** En esta disciplina se profundizará en el aprendizaje de lectura y diseño de protocolos clínicos.
- 2.- **Onfalitis IV.** A través de esta disciplina, el MIR deberá percibir claramente que el servicio en el que trabaja es el más competente a escala nacional (*NOTA: En hospitales monográficos el MIR deberá percibir de que el hospital en el que trabaja es el más competente de su especialidad a escala nacional*).

- 3.- **Repelencia III.** Esta disciplina ahonda en los aspectos de pedantería del residente, profundizándose la ampliación de su elenco de términos en inglés.
- 4.- **Listos II.** El residente deberá aumentar y enriquecer los elogios de las figuras más sobresalientes del saber médico de su hospital. A estas alturas de la residencia, debe ya elogiar los TVBP de estas personas.
- 5.- **Coñazo III.** Siguiendo las prudentes observaciones de sus mayores, el residente deberá profundizar en la percepción de que los pacientes a quienes atiende son bastantes pestes. En esta etapa de la residencia el MIR deberá aprender a diagnosticar a los pacientes, según un sistema multiaxial, con términos como "*mamón*", "*enterao*", "*psicoputa*", "*morreras*", y otros que podrá aprender de sus mayores o acuñar "*de novo*" en su proceso de burningoutización.
- 6.- **Parana II.** Este área permitirá que el residente concluya de forma irrefutable que los grandes cerebros que llevan la gestión (es decir, la administración sanitaria) tienen como objetivo exclusivo molestarle, dañarle y perjudicarlo.
- 7.- **Labelling III.** A través de este área de conocimiento y formación el médico especializando deberá mejorar su etiquetado de compañeros, colegas, autores, etc, con términos conmisericordiosos (*NOTA: Por ejemplo, en Psiquiatría, el MIR deberá aprender a decir de compañeros, colegas, autores, etc, afirmaciones como "nunca tuvo la oportunidad de estudiar", "no consiguió reponerse del sarampión psicoanalítico", "tiene demasiados conflictos intrapsíquicos como para poder manejarse en la vida dignamente", "la histeria es muy dura", etc*).
- 8.- **Burning.** Esta disciplina, colofón en cierto modo del programa, consiste en la asunción plena e irrefutable por el residente de la idea de que su vida futura como especialista, en el mejor de los casos, será mucho peor que la que tienen los funcionarios autonómicos, provinciales o locales que le son conocidos. El Cum Laude se alcanzará cuando el residente se lamenta públicamente de su estupidez adolescente, que le llevó a elegir la carrera de Medicina.

Apéndice II: Propuesta sobre composición del tribunal sobre adquisición de tópicos, vicios y burning-outs profesionales.

El TATVBP debería estar formado por reconocidos y prestigiosos profesionales de la docencia universitaria y de la práctica clínica de la especialidad de que se tratare. Las dos representaciones (docente y asistencial) deberían tener una representación paritaria en el TATVBP. La presidencia del TATVBP debería recaer en un profesional independiente, de prestigio reconocido, y miembro de alguna eminente asociación científico-benéfica. El CENCFMIR acuerda, por aclamación, que dicha presidencia sólo podría ser asumida con garantías de éxito y adecuado cumplimiento por algún miembro de la prestigiosa TXORI-HERRI MEDICAL ASSOCIATION.

Apéndice III: Consideraciones finales

El CENCFMIR sostiene que la estructuración de la adquisición de TVBP contribuirá decisivamente a que todos médicos especialistas (salvo mutaciones no previstas) respondan al modelo de profesional amargado, deprimido, sufridor, pedante, insolidario, pretencioso y quemado tan en boga y tan potenciado en nuestros días.

El CENCFMIR propone, finalmente, que los residentes que superen con CUM LAUDE el examen ante el TATVBP reciban un diploma, expedido por las instancias oficiales correspondientes. A efectos estéticos se recomienda que sea ilustrado, con colorines, y a efectos curriculares se propone que sea en cartulina gruesa, de modo que pese bastante.

(THMJ, 1992)

La Fase Nasal: La Etapa Olvidada del Desarrollo Libidinal

Logan DA

Pitiklinov P

Smith CA

Resumen.- *La teoría psicoanalítica establece la existencia de tres fases en el desarrollo libidinal: la oral, la anal y la fálica o genital. Los autores describen la fase nasal, una fase hasta ahora olvidada, y presentan nuevos conceptos a partir de ella.*

Summary.- *The Psychoanalytical theory sets three different phases -oral, anal and phallic or genital- in the libidinal development. The authors describe a hitherto neglected phase -the nasal phase-, and present new developments emerging from it.*

Es conocido por todos los estudiosos del psicoanálisis que se describen tres fases sucesivas en el desarrollo libidinal: la oral, la anal y la genital o fálica, en las que la erogeneidad recae sucesivamente en la región bucal, la región anal, y los genitales externos.

Por otra parte, la fijación a cada una de estas fases del desarrollo libidinal resulta en una conformación característica de la personalidad. Se habla así, por ejemplo, de la personalidad anal, definida por unos determinados rasgos que pueden categorizarse y conceptualizarse sobre la base de la comprensión psicodinámica de las características específicas de dicha fase.

Largos años de investigación clínica y analítica nos han permitido aislar una nueva fase del desarrollo libidinal, no descrita hasta la fecha. Trátase de la fase nasal, en la que la energía libidinal recae y se concentra en la nariz. Los estudios à la Piaget de uno de nosotros (1-4) marcan el inicio de nuestra preocupación por la fase nasal del desarrollo libidinal. En efecto, las notables contribuciones de Smith, fino observador del desarrollo de sus churum-

beles, han permitido estadiar la fase nasal, que tiene como característica que se solapa con otras fases del desarrollo libidinal:

1.- La **Fase Nasal Precoz** se extiende desde los 8 a los 18 meses, aproximadamente, y Smith la denomina "Periodo Babosomucal Expulsivo" (PBME). En este periodo, el niño deja que sus mucosidades nasales y sus babas salgan de las cavidades naturales que los alojan. Es característico que el niño muestre un gran aprecio y cariño por sus mocos y babas (como sucederá con sus heces o su pene en otros momentos del desarrollo libidinal); por este motivo opone una tenaz resistencia cuando sus solícitos padres, canguros o institutrices intentan limpiarle sus delicados morritos.

2.- La **Fase Nasal Tardía**, o Periodo Mucal (PM) se caracteriza porque el niño ya es capaz de deglutir adecuadamente sus babas, en tanto que no ha adquirido aún la habilidad necesaria para eliminar sus mocos. Los niños en PM suelen exhibir luengas "velas", y se resisten igualmente a que se les retiren o limpien tan preciados trofeos. Sin embargo, la resistencia es menor que en el PBME, o, cuando menos, más estructurada y organizada. Según Smith el periodo PM viene a solaparse de forma casi exacta con la fase anal del desarrollo libidinal clásico.

3.- La **Fase Nasal Esporádica** (FNE) se extiende de los 3-4 a los 11 años, por lo que coincide de forma cuasi exacta con las fases genital y de latencia clásicas. En este periodo el niño va dejando de exhibir las velas, al tiempo que aparecen en él conductas disruptivas y autoeróticas del tipo de hurgarse las narices, trabajar y amasar laboriosamente las mucosidades y catapultarlas con mayor o menor acierto y precisión hacia el mundo circundante. Con la FNE culmina y termina de configurarse la FN del individuo.

Las implicaciones de los trabajos de Smith parecen obvias. Al margen de enriquecer la clásica descripción del desarrollo libidinal, da lugar a que podamos configurar unos nuevos rasgos de personalidad: los de la personalidad nasal. Para Pitiklinov (5), los individuos de este tipo se caracterizarían por una viscosidad y una

pegajosidad (elemento evidentemente mucoso) en sus relaciones con los demás, así como por explosiones conductuales (reminiscencia del acto de sonarse los mocos), con expulsión de agresividad. Para este autor, la tradicional viscosidad del epiléptico (personalidad enequética, glischroide, o como se diga) tendría su base en una fijación en la FN del desarrollo libidinal.

Otros autores, como Logan (6), se han concentrado en las regresiones nasales. Para este investigador, el sujeto regresado a la fase nasal se caracteriza por la denominada "Tríada Nasal", con conductas autoeróticas de excavación nasal, rituales de toqueteo de la nariz tomándola con fruición con los dedos índice y pulgar y oprimiéndola hacia distal y curiosidad morbosa (se dice de estos individuos que meten las narices en todas partes). Siguiendo a este autor, la regresión nasal se da en individuos con una inadecuada actividad sexual genital, lo que da en comportamientos inmaduros e infantiles. La incapacidad para establecer una adecuada relación de objeto da lugar a un narcisismo muy primitivo, con una gratificación autoerótica, paramasturbatoria (excavaciones nasales), que, a su vez, reaviva la angustia de castración (lo que da lugar a los rituales de verificación de que aún se posee la nariz, que combinan, por otra parte, un intento de elongarla). La tríada se completa por la curiosidad edípica reavivada en la regresión, que se traduce por la obsesión de controlar y meter las narices de estos sujetos.

Las trascendentales aportaciones de tan importantes autores abren así un nuevo campo de investigación que esperamos vaya completando y ampliando en nuevos trabajos.

Bibliografía

- 1.- Smith CA: The nasal operations stage I. Beerhouse Proceed, 1992; **viii**: 12-33
- 2.- Smith CA: The nasal operations stage II. Beerhouse Proceed, 1992; **xviii**: 31-38
- 3.- Smith CA: The nasal operations stage III. Beerhouse Proceed, 1992; **xxii**: 93-123
- 4.- Smith CA: The nasal operations stage IV. Beerhouse Proceed, 1992; **xxxii**: 249-312
- 5.- Pitiklinov P: Some considerations on the nasal personality. Beerhouse Proceed, 1992; **xi**: 21-65
- 6.- Logan DH Jr: The nasal regressions: Some disgressions. Beerhouse Proceed, 1992; **xlv**: 345-366

DON LOGAN Jr, MD, Back, Inverness Lions Rugby Taldea, Inverness, Scotland.

PITIKLIN PITIKLINOV, MD, Centrocampista con vocación atacante, Los Angeles Vultures F.C., Los Angeles, USA

CLARK ASHTON SMITH, MD, Base o Play-Maker, Minnessota Txurigorriak Basketballers, Minneapolis, Minn, USA.

Recibido el 2-3-92; Aceptado el 2-3-92

(THMJ, 1992)

**De la Ephectividad et la
Especiphicidad
De las orasziones a los Santos
Cosme et Damián
Cuando de sanar los males de
los Homes Enfermos
Tratan Nuestras labores**

Arcadio de Bedia, BENEDICTINUS

Monasterio de Galdacanum.

De la Introducción

Grande et honda est la fe et la veneración que las gentes de aqueste pays et de otras lontanas et cercanas tierras de Nuestro Señor, acá et acullá, profesan et dedican a los sanctos Cosme et Damián. Las sus intercesiones et favores médicos mucho han que ver en prodigiosas et milagrosas curasciones de homes et de mulleres, de clérigos et de fijosdalgo, de señores et de vasallos.

Nos, cavilándonos sobre serios asuntos de aqueste et del otro mundo, mucho damos en preguntarnos cuál est el mellor et más conveniente prozeder en los quehaceres et tareas del siglo et de nuestra práctica. Por aquesta razón non queremos dedicar ayunos et sacrificios et jaculatorias más que a los santos que bien interceden por la curación de nuestros hermanos en la fe. El abate Uriarte, magno hombre de non menos magnos conocimientos que acér-canse a la sciencia del santo de Aquino et de Alberto el Magno, llama a aquesto la **Ephectividad** de los santos (1). Mas otrosí queremos bien conoscer si en algún mal del siglo es más útil destinar nuestras oraciones et jaculatorias a uno o a otro santo varón; aquesto es lo que el abate Uriarte llama la **Indicación** u otrosí la **Especiphicidad** de los santos (1).

Grandes et sabios sont los hagiógrafos de nuestra orden, que discuten en sus obras et cavilaciones la efectividad de los santos. Clodomiro de Mallabia diz que claro est que la santidad otorga grandes et poderosas capacïdades a los hombres, sed non a las mulleres, pues que tamaña est la diferençia entre los fijos de Adán et los de Eva que los primeros quando suben a los cielos llevan en sí más gracias et poderes et prebendas que las segundas (2). Aqueste sabio monje recomienda que los clérigos, los médicos et los cirujanos et barberos oren de preferençia a un sancto varón, et non a una muller sancta, quando han de sanar a un enfermo, pues que a más femenina fermosura atesore la santidad, menos han los cristianos de confiar en sus artes. Tal es el parescer de muchos otros sabios, como diz en su estudio asaz pertinente Venerando de Zamudio (3).

Otrosí es menester cavilar la **Especiphicidad** de los santos. Sabe el vulgo asaz bien a quien destinar et dedicar sus reços et oraciones, et si sanar buscan de sus golletes oran et prometen et sacrifican a San Blas. Otras muchas devoçiones profesan los plebeyos et non pocos fijosdalgo a ciertos santos o vírgenes a los que piden su interscesión quando de determinados males buscan sanar. Mas los hombres de sciencia et los teólogos non habemos un claro saber et non habemos una sana et clara opinión que ilumine nuestras labores et las de los médicos et çirujanos et barberos que a nos acuden pidiendo nuestros prudentes consejos. Aquesta preocupación et desaçon nos han llevado a mucho preguntarnos et orar a Dios para que nos dé la graçia et la inspiraçon para arribar a la más sana et cristiana et sabia et prudente de las descisiones et proceder. Et est así que a nuestra alma et sentir ha arribado la descisión de mirar et comparar si est Cosme o est Damián el más poderoso et caro de los dos santos médicos para sanar la tos et el dolor de muelas.

De los precedentes et de otras consideraciones

Sont magnos et sanctos los mártires gemelos Cosme et Damián, médicos de Cilicia, que la paganería dioclecianense mató en cruel et desalmado martyrio et que des los cielos iluminan et consuelan a los médicos et cirujanos barberos et sanadores de aqueste et de otros reynos cristianos. Et sanctos en demasía lo sont, pues que a los homes enfermos en vida sanaban et non les tomaban dineros, et non reñibían daquellos non doblones, non maravedises non otras formas de pago. Et los homes enfermos otrosí non tenían que pagar cuotas de igualatorios non cotiçar a seguridades sociales. Et grande et magna era pues la sanctidad de aquestos dos gemelos.

Est grande la fe que nos habemos en aquestos dos gemelos, et confiámosles nuestras tareas et labores sanadoras, et habemos visto et observado que grandes sanadores sont aquestos dos sanctos de las toses et de los dolores de muelas, et de aquesta manera hemos dado en preguntarnos ¿est Cosme o est Damián el sancto que mellor sana las toses?, et ¿est Cosme o est Damián el sancto que mellor sana los dolores de muelas?

Et mucho habemos orado et reñado, et cavilado, et mediatado, et est así que la divina iluminación nos ha arribado et hemos cavilado la experienzia et experimento que relatamos.

Del rumbo que han tomado nuestras labores et cavilaciones

Sabia et goçosamente iluminados por la fe et la sabiduría del Sanctus Spiritu, fizimos dos clases con pobres et menesterosos homes enfermos que arriban a nuestro monasterio. Homes que tenían tos et homes a los que sus muelas grandes dolores causaban et proferían fueron así las dos clases de hommes enfermos que fizimos. Fuéronse veinte los homes tosientes que a nuestro monasterio arribaron en el mes de março del anno de Nuestro Señor de

Mil et treszientos et quarenta et seis, et diez et ocho fuéronse los dolientes de muelas que en el mismo mes arribaron. Et arribados a esta asaz ajustada proporción, confiamos al açar et a la Providencia dividir caduna de las clases por igual en entrambos sanctos varones. Et de aquesta manera, nueve dolientes de muelas et diez tosientes fueron confiados a cada sancto de los dos. Et quiso la Providencia que los tosientes confiados a Cosme tosieran por igual que los tosientes confiados a Damián, et que los gritos de los dolientes de muelas confiados a Cosme fueran iguales que los que proferían los dolientes de muelas que a Damián fueron confiados, et fue así que la proporción era ajustada et sana.

Et fizo la divina iluminación que cavilásemos que quatro sabios et piadosos et prudentes hermanos benedictinos fueran otrosí elegidos al açar dentre los hermanos de nuestro monasterio. Et la elección fue ajustada et equitativa a los ojos del Cielo et a los de los homes, pues que todos los hermanos de nuestro monasterio sont por igual sabios et prudentes et temerosos del Señor et contumaces en la fe.

Et para bien conoscer qual de los dos sanctos est de ventaja más curativo et sanador para caduno de los dos males antedichos et referidos et contados, cavilámosnos iluminados por el Sancto Spiritu una sabia et prudente artimaña a fin que ni los clérigos ni los homes enfermos supiéranse a qual de los dos sanctos reçaban. Et de aquesta manera et forma para que las artes del maligno non tentaran a los homes enfermos, ni a los sabios et piadosos hermanos benedictinos pusímosles a todos ellos ante los sus ojos una venda negra qual la noche oscura et tenebrosa, et condujimoslos a las imágenes et capillas de caduno de los sanctos por complicados caminos, tortuosos et inextricables qual los caminos del Señor. Et como ni los hermanos benedictinos ni los homes enfermos veíanse a qual sancto reçaban dimos en llamar al relatado proceder el proceder de los dos homes ciegos.

Et quiso la Providencia que tras dos meses de reços et ayunos et sacrificios et ofrendas de clérigos et homes enfermos por igual cegados por oscuras vendas, sanáranse de la tos mellor et antes los

homes que a Cosme habían reçado, et que antes curaran del su dolor de muelas los homes que a Damián habían reçado, et que todos de sus males sanaran finalmente, por la Grazia et la Misericordia de Nuestro Señor.

Et nos dijimos plenos de goço, "en verdad grandes son los prodigios de la fe et los misterios de la sciencia".

De nuestras conclusiones

Non habemos duda que est la Providencia a quien es menester loar et bendezir por las curasciones de los homes enfermos que en la nuestra arte hubieron de ser curados. Sed otrosí est cierto et prudente pensar que est claro et cierto que los reços a Cosme parescen ser más efectivos et específicos, al dezir del abate Uriarte (1) quando de sanar las toses de los homes enfermos tratan nuestras labores. Et otrosí parece que los reços a Damián sont más efectivos et específicos cuando nuestras tareas tratan de curar los dolores de muelas.

Et por quanto habemos dicho et scripto et relatado prudentemente requerimos et recomendamos a las almas puras et piadosas et temerosas del Señor que si sanar pronto desean de la tos oren a Cosme, et que si sanar quieren pronto de los dolores de muelas oren a Damián. Et otrosí dezimos a los clérigos que encomienden sus reços et jaculatorias a Cosme quando de sanar homes tosientes tratan sus tareas, et que a Damián las encomienden quando de sanar homes con dolor de muelas traten sus labores. Et otrosí dezimos a los homes de sciencia temerosos del Señor (que sont los más, pues que de los otros impíos buena cuenta da la hoguera) que si quieren que los homes enfermos sanen de la tos non utilizen los remedios usados por el maligno et la morería avicenense, sed los reços a Cosme. Et si desean que los homes enfermos que a ellos acuden et arriban sanen del su dolor de muelas, non usen en este menester pócimas et oscuros et impíos remedios, sed los reços a Damián.

Nos creemos que aqueste prozeder que en aquesta experiencia usamos et cavilamos est asaz importante et conveniente para que otros prudentes homes de sciencia et clérigos laboren et estudien a qual sancto orar. Et queremos que la Sancta Providencia et el Sancto Spiritu nos iluminen en la meditación piadosa et en los negocios de aqueste mundo qual nos han iluminado para cavilar tan astuto prozeder.

Ad majorem dei gloriam.

De los manuscritos sabios que habemos cotejado et estudiado

1.- Josephus de Uriarte: De la efectividad et la especificidad de los reços et sacrificios et jaculatorias a los muchos sanctos que pueblan el celestial reyno, et de otras consideraciones et prudentes observaciones. Dei Anno 1304, Monasterio de Portus Gallus.

2.- Clodomiro de Mallabia. De las ventajas et prebendas que los sanctos varones han et de las ventajas et prebendas que las mulieres sanctas non han, et de otras prudentes et pías meditaciones et cavilaciones. Dei Anno 1332, Monasterio de Zaldibar.

3.- Venerando de Zamudio. De los quidados et precauciones que es menester tomar et considerar quando las mulieres sont en cercanía, et de cómo las mismas consideraciones sont convenientes et prudentes quando de reços et milagrerías sont nuestras cavilaciones. Dei Anno 1340, Monasterio de Zamudio.

Recibido el 30-6-1346; Extraviado el 1-7-1346; Encontrado el 4-2-1992 debajo del armario de la salita; Aceptado el 7-3-1992

(THMJ, 1992)

El fanatismo, la intolerancia, y otras enfermedades transmitidas por ideovirus.

*Las ideas son los virus
del alma.*

Esculapio

Lutxana-Erandio Task Force on Intolerance

Warren G. Andrakas, Chairperson

Resumen: *En este trabajo se resume el conjunto de investigaciones que el grupo de Lutxana-Erandio ha venido realizando en los últimos años acerca del fanatismo, la intolerancia y en conjunto la patología médica generada por las ideas. Sin duda se trata del más sólido estudio científico acerca de las ideas, su transmisión demostrada por medio de virus neurotrópos, sus negativas consecuencias para el ser humano y las posibilidades actuales de tratamiento.*

Summary: *This paper reviews and summarizes all the research on fanaticism, intolerance and all medical conditions caused by ideas, conducted by the Lutxana-Erandio Group in recent years. It doubtlessly is the most important scientific study on ideas, their demonstrated transmission by neurotropic viridae, their negative consequences for human beings and, finally, current possible treatment strategies.*

Palabras Clave: *Fanatismo. Intolerancia. Ideovirus. Key Words:* *Fanaticism. Intolerance. Ideoviridae.*

Introducción

Este trabajo es un compendio de diferentes investigaciones llevadas a cabo a lo largo de varios años de silencioso esfuerzo en los laboratorios del Instituto Clínico-Universitario de Lutxana-Eran-

dio en la margen derecha del Nervión. Siempre nos había llamado la atención la manera en que los individuos y los grupos sociales se enganchan con frecuencia a una idea realizando auténticas barbaridades en su nombre mientras se sienten plenamente justificados por ella (ejemplos de lo cual tenemos todos los días a nuestro alrededor). Siendo la idea o las creencias algo espiritual, etéreo, nos maravillaba la preeminencia o superioridad que ha tenido siempre sobre la realidad, sobre las cosas palpables y sobre la vida misma. Es a este fenómeno al que nos hemos referido en otros trabajos con el nombre global de espectro de fenómenos fanáticos (SFF) o fanatismo, a secas. Debe saber el lector que el espectro de fenómenos fanáticos, o fanatismo, tal como lo vamos a utilizar en este trabajo, incluye los casos de racismo, fascismo, xenofobia, limpiezas étnicas, lingüísticas o religiosas, etc, etc, etc.

Nuestras primeras investigaciones se encaminaron lógicamente al estudio del cerebro y para ello realizamos autopsias en sujetos afectados de diferentes ideologías (hinchas furibundos del Athletic de Bilbao, psicoanalistas lacanianos, miembros de sectas religiosas, terroristas, neonazis...) fallecidos accidentalmente. Comparando estos cerebros con los de sujetos sin compromisos ideológicos de ningún tipo no encontramos en principio ninguna diferencia hasta que accidentalmente (*serendipitously*) una señora de la limpieza dejó caer café con leche sobre unos cortes de tejido de giro orbital que todavía no habían sido examinados al microscopio. Este fue el origen de todos los descubrimientos posteriores que ahora comunicamos.

El hecho capital y fundamental es que en los cerebros teñidos con café con leche aparecían unos cuerpos de inclusión que estudiados a fondo con microscopio electrónico, técnicas inmunológicas y cultivos celulares resultaron ser virus de un tipo hasta entonces desconocidos, familia a la que nosotros hemos bautizado como *Idioviridae*, género *Fanativiridae*.

Los hechos se desarrollaron de la siguiente manera: en un trabajo presentado en el *Congreso de Litiasis Cerebral* de Okinawa en 1986 fuimos capaces de provocar la aparición de estos cuerpos de inclusión en sujetos previamente sanos. Cogimos individuos adoles-

centes vírgenes y les expusimos a un ambiente nacionalista (lecturas intensivas de *Egin* y Sabino Arana, discursos de Arzallus, etc.) hasta quedar convertidos en nacionalistas furibundos. Al analizar sus cerebros con técnicas de SPECT aparecían pequeños nódulos privados de flujo cerebral en el giro orbital en los mismos lugares en que aparecían los cuerpos de inclusión. Sin embargo nuestra interpretación en aquél entonces fue que se trataba de *cálculos ideológicos*, es decir, concrecciones ideológicas que no habían tenido tiempo de ser absorbidas por las neuronas corticales, dado el intenso bombardeo al que habían sido sometidas. Andando el tiempo, pudimos ver que no eran necesarias exposiciones masivas como las de nuestro experimento para que aparecieran los cuerpos de inclusión por lo que empezamos a sospechar la existencia de alguna enfermedad mental del estilo de los trastornos delirantes o paranoia (*folie à plusieurs*) en los sujetos afectos que explicara una difusión tan rápida (de ahí que algunos investigadores concedores de nuestro trabajo iniciaran tratamientos con antipsicóticos en estos sujetos). Por fin, en el año 1990, nuestras investigaciones se focalizaron exclusivamente en el estudio de los virus neurotropos y pudimos comprobar la correspondencia temporal exacta entre el inicio de una determinada ideología y la aparición de seropositividad a Ideovirus corroborada después por la presencia de cuerpos de inclusión en los estudios histopatológicos. Creemos que hemos demostrado sin ningún género de dudas no sólo que las ideas se transmiten por virus sino que las ideas son en realidad virus.

No podemos dejar de hacer mención a los trabajos del eminente Psicobacteriólogo Profesor Pastorelli, quien ya intuyó la relación de los virus con el fanatismo a partir de un interesante caso de *Pseudomona Fanatica Pastorellii*. Según este autor, un cultivo de *Pseudomona Aeruginosa* adquirió de manera repentina características fanáticas, expresadas en forma de prolongaciones esporeiformes en estrella de la *Pseudomona Fanatica Pastorellii* que indican que la bacteria cree haber sido colocada en la placa por un Ser magno y omnipotente al que conviene adorar para que no acorte la aportación de ágar-ágar. Transplantada a placas en las que exis-

ten otros géneros o cepas de bacteria, la *P. Fanatica Pastorellii* impone sus creencias por el procedimiento de emitir toxinas que aniquilan a las bacterias no adeptas. En otros casos este autor ha observado conversiones de bacterias previamente agnósticas (por ejemplo, a *Hemophilus Credulo Pastorellii*, o a *Campylobacter Credens Pastorellii*). Para explicar estas conversiones Pastorelli hipotetizó la existencia de un fago transportador de material genético facilitador de creencias (*belief-facilitating genes*), que se podría asimilar a los ideovirus en clínica humana.

La familia **Idioviridae**. Características Viroológicas

La familia de los *Idioviridae* está constituida por ribovirus desnudos, de pequeño tamaño (0,25- 6nm) y simetría variada (en semiluna, estrella, cruz, etc.) con un cápside compuesto por 125 unidades proteicas, que se ven borroso al microscopio electrónico, en cada una de las cuales participan 6 polipéptidos (VP1-VP6).

Son virus neurotrofos resistentes al éter y al alcohol (punto muy importante) que se ensamblan a receptores específicos tanto de las neuronas de los seres vivos como a los chips de los circuitos integrados de los ordenadores. Cualquier ser vivo con neuronas o cualquier microprocesador puede verse afectado por ellos.

De acuerdo con sus propiedades fisico-químicas se reconocen varios géneros y subgéneros siendo el género *Fanatitiviridae* el más importante como agente patógeno en humanos. Algunos subgéneros con trascendental repercusión en la clínica son:

- El *Futbolisticus sincitial*
- El *Nacionalistis zoster*
- El *Sotnavirus supersticiosus* (*S. catholicus*, *S. mahometanis* y otros)
- El *Rockerus Influenza*
- El *Freudovirus psicoanalítico*
- El *Racistis Citomegaliticus*

Epidemiología de los Fanativirus (o Ideovirus)

Los Ideovirus o Fanativirus son virus lentos capaces de mantener su capacidad patógena intacta a través de los siglos. Se encapsulan en libros, periódicos, iglesias, mezquitas, partidos políticos, disquetes y discos duros de ordenador, etc, desde donde pasan a los sujetos con enorme facilidad.

Vías de Transmisión

La vía tradicional de transmisión ha sido la vía oral por medio de las palabras pero existen vías por fomites como la vía escrita (libros, etc.) así como modernas formas de transmisión a través de la línea telefónica, la publicidad, las tertulias radiofónicas, la T.V., la fibra óptica, etc. No existe ningún otro agente infeccioso con una capacidad de transmisión semejante. Es un hecho conocido también que cuando una sociedad no ha sido expuesta a una idea durante siglos es más fácil que vuelva a caer infectada por ella en un claro fenómeno pendular demostrable desde el punto de vista histórico.

En cuanto a la distribución geográfica hay que decir que su presencia es prácticamente universal. Existen formas endémicas y formas epidémicas. Fue muy famosa la epidemia de 1914-1918 en Europa o la de 1939-1945, que afectó también a toda Europa y son bastante conocidas las de 1917 en Rusia o la de 1936-1939 en España, por ejemplo, pero ha habido focos epidémicos más recientes en Yugoslavia, Irak o Georgia así como bolsas endémicas en África, Asia y en el resto de los continentes. Por otro lado, existe alguna evidencia de que el calor y los climas benignos como el Caribe inactivan en buena medida estos virus.

Todos los virus no tienen la misma capacidad patógena la cual depende en parte de factores del huésped y en parte de factores del propio virus

Factores del huésped

- 1- **La edad:** En este sentido hay que decir que la adolescencia es la época por excelencia de las infecciones ideovíricas agudas dado que los individuos jóvenes no inmunizados son más susceptibles. Como luego veremos, en algunos casos los ideovirus originan cuadros crónicos persistentes durante toda la vida del sujeto pero en las formas más leves se suele producir una remisión del cuadro clínico entre los 25-35 años de edad y desaparición posterior.
- 2- **El sexo:** En general, los varones son más vulnerables a las ideas y a actuar en nombre de ideales que las mujeres, lo cual puede tener que ver con la menor fortaleza de su sistema inmunitario. Ya decía el filósofo que *las mujeres no piensan sino que tienen ocurrencias*. Están descritos casos de mujeres con ataques agudos de idealismo pero en conjunto el idealismo es más pasajero y leve en las mujeres, siempre más cercanas a la realidad de las cosas.
- 3- **El Cociente Intelectual:** Los sujetos que andan justitos de neuronas no pueden manejar muchas ideas a la vez; sus neuronas son ocupadas por la primera idea que llega y ya se sabe que una idea no contrastada es algo muy peligroso. Los sujetos con más C.I. y por lo tanto con más espacio interior para albergar diferentes ideas suelen ser menos propensos a las acciones fanáticas, tal vez por el efecto estabilizador de las ideas de diferente signo.
- 4- **La capacidad de pensar por uno mismo:** ésta es la principal defensa inmunológica contra los ideovirus pero el librepensamiento es una mutación genética surgida en Occidente con la Revolución Francesa que no ha tenido tiempo todavía de madurar y de arraigar en la población general.
- 5- **Factores Genéticos:** Existen unos genes moduladores que facilitan la actuación de los ideovirus. En concreto, se ha demostrado que en el *Macacus Rhesus* el gen del tribalismo

(superponible probablemente al gen del patriotismo en humanos) se encuentra en el brazo corto del cromosoma 11. En experimentos realizados, los monos a los que se les realizaba ablación de este gen se volvían más pacíficos, más solitarios, miraban mucho a la luna y eran malos cazadores por lo que solían morir de hambre (o eran devorados en ocasiones por sus congéneres). Todo ello ha movido a uno de nosotros a postular la teoría de que desde el punto de vista evolutivo los ideovirus suponen una ventaja evolutiva para el individuo infectado ya que lo hace más competitivo como explicaremos también más adelante al hablar de la clínica.

- 6- Estado inmunitario global del individuo:** Todas las causas de disminución de defensas inmunitarias (enamoramamiento, deficiencia de linfocitos T, etc...) favorecen la infección por ideovirus o su reactivación cuando permanecían en forma latente. Se habla en estos casos de *ideovirus oportunistas*, dándose en ocasiones el caso de que un mismo individuo puede verse afectado por varias infecciones simultáneamente, lo que obviamente constituye un gravísimo problema.

Factores ligados al propio ideovirus

Es evidente que todos los ideovirus no son iguales. Por ejemplo los cuadros originados por *Nacionalistis Zoster* son muchísimo más graves y fulminantes que los de *Rockerus Influenza* debido a la incomparable mayor virulencia del primero.

Factores Ambientales

Los factores ambientales (políticos, sociales, religiosos, etc) influyen sobremanera en la transmisión del fanatismo. Es tan obvio que no vamos a detenernos en ello pero baste con decir que algunos investigadores mantienen la hipótesis de que los ideovirus son diseñados en laboratorios secretos por determinados Gobiernos o grupos de poder para manipular y controlar luego a la gente. Cre-

emos que no existen datos que corroboren esta aseveración pero lo que sí está claro es que los que mandan ejercen un control apabullante sobre las principales vías de transmisión.

Patogenia

Como ya hemos dicho los ideovirus se fijan a las neuronas y chips por medio de receptores específicos integrándose en el genoma celular (o en la memoria ROM) donde se replican y originan generalmente un cierto grado de cromatolisis (o siliciolisis). El período de incubación varía desde pocas horas hasta varios siglos.

Lo que no está aclarado todavía es el mecanismo por el que los ideovirus se fijan a las frases (o demás vehículos que los transmiten). Nuestro grupo se encuentra ahora trabajando intensamente en este tema siguiendo varias líneas de investigación pero parece que podría haber alguna correspondencia entre elementos del material sintáctico de las frases y las secuencias de bases del material genético de los virus.

Una vez dentro de las neuronas (o chip), el ideovirus impone su material genético (no olvidemos que se trata de material ideológico) al de las células del huésped replicándose e invadiendo todo el cerebro (o microprocesador). Las ideas previas del sujeto quedan anuladas produciéndose un verdadero lavado de cerebro donde la única idea que preocupa al sujeto es la ideología del virus infeccioso. Pueden persistir a veces algunas ideas previas pero totalmente anuladas y sin repercusión emocional o capacidad ejecutiva ya que las vías axonales tanto motoras como sensitivas están tomadas por el virus invasor.

Clinica de las Infecciones por Ideovirus

Existen formas leves y formas muy graves, tremendas, de fanatismo. Si nos fijamos en las infecciones causadas por ideovirus como el *Filatelicus Furibundis*, o el *Pavarotis Operisticus*, vemos que afectan exclusivamente al individuo o a unos pocos amigos los

cuales tienen la desgracia de que les da por escuchar ópera, o coleccionar sellos, pero generalmente no se meten con nadie y sufren la enfermedad en privado y con resignación.

Desgraciadamente, el problema es que la mayoría de los ideovirus fanativirus originan cuadros clínicos severos con enormes repercusiones sociales porque implican siempre una visión por el sujeto infectado de cómo ha de organizarse la vida de los demás.

Por ejemplo, en el caso del *Nacionalistis Zoster* donde el individuo desea a toda costa poseer un Estado, las personas que están a su lado o bien adquieren la infección o bien corren un serio peligro debido a la violencia política, terrorista, lingüística, etc. que genera. Conceptos como el de la patria, la lengua y otros se convierten en valores absolutos, tabú, sobre los que no se puede opinar sin jugarse el tipo. Lo mismo ocurre en el caso de las infecciones por *Sotnavirus* las cuales conllevan preceptos heteroaplicables acerca de cómo vestir, qué se puede o no leer, aparecen también valores santos que no se pueden criticar (véase el caso clínico de Salman Rushdie), indican cómo se debe mantener relaciones sexuales, cuántos hijos tener, etc.

Esta terrible presión sobre el entorno origina un curioso fenómeno que es la aparición de formas espúreas de fanatismo como mecanismo adaptativo. Se han descrito casos de sujetos con una clínica perfectamente compatible con *Racistis citomegálico* o *Nacionalistis Zoster* pero en los que al realizar determinación de anticuerpos se vio que los individuos no padecían verdaderamente la infección sino que se comportaban de esa manera como forma de supervivencia en un entorno amenazador. A estos sujetos se les puede considerar fenocopias y hay que distinguirlos de las verdaderas genocopias, por ejemplo a la hora de seleccionar muestras para estudios clínicos, para no dar lugar a graves errores de investigación. El pronóstico de estas fenocopias es mejor que el de las genocopias siempre y cuando se les separe del ambiente patológico.

La clínica aguda **a nivel orgánico** personal suele consistir en una fiebre ligera, infección de vías altas, dolores musculares, una

elevación del arousal, acompañado de seroconversión y de una variable pérdida de neuronas en el córtex cerebral.

La **clínica social** consiste en genocidios, matanzas, evangelizaciones forzosas, limpiezas étnicas y lingüísticas, guerras y guerrillas de todo tipo, censura, pérdida de todos los derechos humanos, hogueras, cámaras de gas; en resumen: la pérdida de muchas vidas inocentes.

Basándose presisamente en estas terribles consecuencias sociales, hay quien ha propuesto la teoría de que estos virus son beneficiosos para la raza humana ya que actúan como un mecanismo homeostático ecológico que evita la superpoblación y el paro al provocar guerras y matanzas periódicas que van renovando la población. También desde el punto de vista evolutivo suponen una ventaja para el individuo fanático porque es mucho más habitual que los fanáticos maten a sujetos agnósticos o tolerantes que al revés, lo que tal vez explica la perpetuación y generalización del fanatismo en el planeta. Todo ello hace que ni el individuo ni el grupo social reconozca la enfermedad complicando aún más el ya de por sí difícil tratamiento.

Un dato clínico casi siempre presente también es la miopía para los hechos cercanos, para la vida cotidiana, lo que suele llamarse las pequeñas cosas. El individuo o grupo afectado se cree capaz de arreglar el país, el mundo e incluso el cosmos; el único problema suele ser que los demás no les dejan aplicar su ideología o que el resto de la gente se resiste a ella. El hecho de que muchas veces no sean capaces de arreglar ni su propia vida privada no suele desanimarles. Hemos visto casos de adulterio, malos tratos, odios entre hermanos, alcoholismo, abandono de padres mayores y enfermos, robo y explotación de subordinados o incluso gente que no sabe cantar y bailar entre fanáticos (lo cual nos da un índice de la poca felicidad que aportan a su entorno más inmediato) sin que se plantearan remediar esas situaciones. Su entrega y dedicación a los conceptos abstractos y absolutos les sitúa muy por encima de esas menudencias.

Otro dato clínico relevante es que, con relativa frecuencia, los fanáticos de la misma ideología se subdividen en sectas, grupos o partidos en base a sutiles diferencias de matiz lo que suele llevar a luchas y guerras entre ellos muchas veces más atroces que las que emprenden contra los individuos no infectados. El ejemplo típico son las infecciones por *Sotavirus cristianis* y la explicación parece ser que existen diferentes cepas de sotavirus (*católicos*, *ortodoxos*, diferentes cepas de *Sotavirus herejis* y otros) lo cual origina fanatismos ligeramente diferentes entre sí. Sin embargo, se puede decir lo mismo en el caso de los fanatismos políticos y de otro tipo.

Finalmente, hay que hacer mención a las *inmunizaciones espontáneas* a ciertos ideovirus. En estos casos, un individuo previamente afecto de una infección ideovírica abjura por completo, sin cambiar de infección ideológica (esto es: sin aparente mutación del virus) de las ideas que han constituido el cuadro clínico de su ideología y -probablemente a través de algún mecanismo de hipersensibilización- pasa a defender con idéntica convicción posturas aparentemente tolerantes y en todo caso opuestas a las propias de la infección. Un ejemplo claro de esta situación es lo que se ha dado en llamar el *Síndrome del Arrepentido* (antes se diría *del Apóstata*) en virtud del cual antiguos nacionalistas / comunistas / nazis / sacerdotes alertan desde los medios de comunicación a la indefensa población con diatribas antinacionalistas / anticomunistas / antinazis / antirreligiosas. Estos individuos, lejos de estar curados, y por mucho que se empeñen en aparentarlo, siguen gravemente enfermos, tal como se demuestra en lo pesados que se ponen. Se ha propuesto, para explicar este cuadro, que el ideovirus reblandece determinados circuitos cerebrales (probablemente en localizaciones frontales), de forma que cuando desaparece la ideología el sujeto mantiene el afán proselitista, aunque sea para alertar contra la misma. Otros autores suponen que no se trata de un fenómeno secundario a la infección (por hipersensibilización o neurotoxicidad), sino que tiene que ver con factores propios del huésped, y señalan para apoyar esta argumentación que por lo general los ideovirus tienden a infectar a personalidades predispuestas, de rasgos pelmas.

Diagnóstico

El diagnóstico generalmente es muy fácil porque toda ideología conlleva una parafernalia en cuanto al aspecto externo (ropa, corte de pelo...), lenguaje hablado y escrito y comportamientos sociales que la hacen identificable de visu. Si a ello unimos la clínica previamente reseñada no tenemos pérdida.

Es evidente que si un sujeto se pasa el día leyendo la Biblia y no sale de la iglesia esta infectado por *Sotavirus Católicus*; si lo que lee es el Corán y no sale de la mezquita entonces se trata de *Sotavirus Mahometanis* y así sucesivamente.

En casos dudosos se puede grabar un trozo de conversación o recoger una muestra de escritura y el laboratorio de análisis nos dará el diagnóstico definitivo en menos de 24 horas ya que es fácil aislar el virus en líneas celulares Hep-2 o Hela.

Tratamiento

La solución ideal sería alguna vacuna que nos permitiera prevenir la aparición de estas infecciones pero no existe todavía ninguna lo bastante eficaz. Algunos investigadores han empleado la lectura de autores clásicos griegos, otros han utilizado escritores renacentistas o franceses de la Ilustración pero sólo han conseguido inmunizaciones parciales y en algunos casos estas vacunas han tenido como complicación la provocación de formas más graves y fulminantes de fanatismo que las originales. Esto era predecible en parte porque muchos líderes fanáticos han sido (o son) gente muy leída y hasta con formación científica. Por todo ello hay que tener cuidado con las vacunas mientras no sepamos cuáles son los componentes antigénicos que pueden conferir inmunidad y sus riesgos potenciales.

Algunos laboratorios están estudiando el agnosticismo, que es una forma de inmunidad natural que hace a ciertos sujetos incapaces de tomarse las ideas en serio pero no tenemos todavía resul-

tados concluyentes. Pudiera ser que inyecciones de suero de estos sujetos provocaran cuando menos inmunizaciones temporales durante las cuales los enfermos vivan y dejen vivir (si es que esto es posible).

En la misma línea de investigación, un grupo de trabajo de nuestro Instituto se encuentra actualmente en el Pacífico, donde se ha descubierto un pueblo isleño sin ninguna ideología a los que nunca les ha dado por escribir ni tener religiones ni nada de eso y que se dedican a folgar con sus mujeres, tomar el sol, bañarse, jugar a los bolos y cazar lo justo para mantenerse. Tenemos fundadas esperanzas de que el estudio de estos isleños nos permita comprender mejor los mecanismos de las infecciones por ideovirus y nos ayude a prevenirlas.

En los ordenadores la prevención es mucho más fácil y disponemos ya del programa *Ideovirus Killer 5.0* que nos permite tanto prevenir como eliminar el virus de nuestros discos. Simplemente con tener la precaución de chequear todos los programas que usemos con el *Ideovirus Killer 5.0* podemos tener la seguridad de que nuestro ordenador no cometerá ninguna locura.

El tratamiento médico de las infecciones ideovíricas conlleva una serie de medidas ambientales como son el aislamiento del sujeto del entorno patógeno preferentemente ingresándolo en una unidad de infecciosos, prohibición de visitas, prohibición de radio, TV y prensa durante todo el tiempo que dure el tratamiento y otra serie de medidas por el estilo.

El tratamiento fármacológico que recomendamos es el siguiente:

- Aciclovir, vía intravenosa a dosis masivas hasta que provoque edema cerebral y empape bien la masa encefálica.
- Ribavirina, aplicada con máscara de oxígeno en proporción 20% de oxígeno 80% de ribavirina hasta inducir un ligero grado de anoxia cerebral.
- Pentotal sódico, 5gr/día, manteniendo al sujeto en coma barbitúrico durante una semana por lo menos (durante este tiem-

po es opcional practicar una leucotomía prefrontal o una cingulectomía).

- Antibióticos de amplio espectro para prevenir infecciones por gérmenes oportunistas

Sabemos que son medidas heroicas y de alto riesgo pero es la única forma de erradicar los ideovirus del cortex cerebral. Nuestros resultados indican curaciones definitivas a los 5 años de un 80% siendo la complicación más frecuente la de una leucoencefalopatía post-anóxica absolutamente invalidante en un 50% de ellos. Otros efectos secundarios menos importantes incluyen un estado apático, amotivacional, en el que los individuos se quejan de que sin sus ideas la vida no tiene sentido.

La Rehabilitación consiste en enseñar poco a poco a disfrutar de la vida, de las pequeñas cosas, de los hobbies, del deporte, de la familia, de las amistades, pero es una labor ardua y difícil con un escaso porcentaje de éxitos por lo que las recaídas por nuevas cepas ideovíricas son la norma.

Perspectivas Futuras

El futuro es bastante sombrío dados nuestros escasísimos conocimientos así como las ventajas evolutivas que estas infecciones suponen como anteriormente hemos descrito.

Queremos apuntar sin embargo un dato que puede ser motivo de esperanza. Este dato es que -contrariamente a lo que piensan los fanáticos, que juzgan sus ideas inmortales- los ideovirus (y con ellos las ideologías) también mueren y desaparecen. Sabemos por la Historia de muchas ideologías que han ido desapareciendo después de períodos de gran esplendor aunque no podemos decir con seguridad si los ideovirus que las provocaron están muertos o sólo inactivos. Recientemente tenemos la experiencia del *Marxistis Socialistis* que ha afectado a la U.R.S.S. durante 70 años y que, aparentemente, ha desaparecido. No obstante la capacidad de mutación de los ideovirus es enorme con lo que continuamente

aparecen nuevas epidemias y las consecuencias de cada una de ellas son irreparables sobre todo en lo que a pérdida de vidas humanas se refiere. Asimismo, y vistos los acontecimientos que se están dando en el área en que la infección por este virus era endémica. no faltan autores que apuntan que la supuesta desaparición del *Marxistis Socialistis* no es en realidad sino una mutación a *Nacionalistis Zoster Slavus*, un virus mucho más virulento, a juzgar por la clínica social a la que estamos asistiendo en los últimos tiempos.

La verdad es que, hoy por hoy, no hay forma de erradicar estas enfermedades a corto o medio plazo. A largo plazo tal vez la ingeniería genética pueda modificar los genes humanos que facilitan estos fanatismos y de esta forma eliminarlos definitivamente pero esa es otra historia. Mucha suerte al lector, mientras tanto.

Este artículo es un resumen de una conferencia-panel organizada y presentada por el Lutzana-Erandio Task Force on Intolerance en el Aula Magna de la Txori-Herri Medical Association los días 25 y 26 de febrero de 1994.

Recibido el 15 de marzo de 1994; Aceptado el 15 de marzo de 1994

Reprint requests: No pidáis, que no enviamos, así que a fotocopiar, como todo el mundo.

(1995)

CARTAS

Sobre el descubrimiento de los ideovirus

Sres. del Board:

Me parece que el descubrimiento y aislamiento de los ideovirus es el mayor adelanto científico y médico desde el descubrimiento del ADN. Sin embargo, tengo que decir que me ha decepcionado la arrogancia del Dr Andrakas (1) al ignorar por completo los antecedentes históricos de tan maravillosa aportación. Sin haber hecho una revisión a fondo del asunto y citando de memoria puedo mencionar por ejemplo a Voltaire que en su Tratado de la Tolerancia habla de la intolerancia como de una enfermedad que se propaga como la rabia (una enfermedad vírica). También el escritor irlandés George Bernard Shaw escribió que "las ideas son como las pulgas...saltan de unos a otros, pero no pican a todos"

Es una pena que el Dr Andrakas no sepa reconocer sus deudas y no presente sus descubrimientos como caídos del cielo.

S.G.Kalighieri (Atenas)

1.- Andrakas WG. El fanatismo, la intolerancia y otras enfermedades producidas por ideovirus. *Txor Her Med J*; 1995; 3: 3-11 1995.

Sobre Ideovirus

Srs del Board:

He leído con gran interés la exposición que sobre la cuestión de los Ideovirus realiza en su seminal aportación (1) el Profesor W G Andrakas. Aunque no pretendo -ni mucho menos- enmendar la plana a tan eminente autor, quisiera rebatir a Andrakas cuando viene a definir la presencia de ideas como un fenómeno patológico, citando para ello incluso a Esculapio, de quien recoge una supuesta cita ("Las Ideas Son

Los Virus Del Alma") que no he podido encontrar ni siquiera en los más prestigiosos y completos catálogos de citas (2). En mi opinión, el tener ideas no es un fenómeno patológico, y es por lo tanto más que dudoso que las ideas sean consecuencia de la acción patógena de un virus.

En nuestro centro se ha iniciado un estudio sobre la patología de las ideas algunos de cuyos resultados preliminares pueden resultar ilustrativos. Con la ayuda de un Electroideógrafo de gran precisión hemos realizado Electro-Ideo-Gramas (EIGs) a un grupo de voluntarios, y hemos podido apreciar que la existencia de abundantes ideas (comprobada por la aparición de numerosas ondas rápidas en el EIG) no se asocia en absoluto a la clínica descrita por Andrakas como típica de la infección por ideovirus. Por otra parte, los sujetos que mostraban clínica social propia de ideovirus se caracterizaban por la presencia en sus EIG de muy escasas ondas, de gran amplitud o voltaje, lentas, denotadoras de la existencia de muy poquitas ideas (sostenidas y creídas, sin embargo, a pies juntillas). En algunos individuos particularmente afectados por encefalitis ideovíricas, por otra parte, sus EIG eran prácticamente planos.

Estos resultados nos hacen pensar que las ideas, cualesquiera que sean, no son patológicas en sí mismas; de hecho los sujetos con EIGs más floridos se caracterizaban por ser individuos enormemente productivos para el progreso de la Humanidad. Lo patológico, como el propio Andrakas da a entender en algún pasaje de su trabajo, es la forma de sostener o ejercer esas ideas. Y precisamente, como demuestran nuestros EIGs, cuanto menos ideas se tienen más proclive se es a ejercerlas o actuarlas de manera patológica.

Andoni Bilbao McRae (Topeka Institute on Ideas and Beliefs, Topeka)

- 1.- Andrakas WG. El fanatismo, la intolerancia y otras enfermedades transmitidas por ideovirus. *Txor Her Med J* 1995; 3: 3-11
- 2.- O'Thaolea PS. General Encyclopaedia of medical quotations, with a special appendix on Aesculapian quotations. Mauleon: La Presse Médicale de Zuberoa, 1994

Tratamiento de las Infecciones por Ideovirus

Srs del Board:

La aportación del Profesor Andrakas en torno a las infecciones por Ideovirus (I) adolece del grave defecto de omitir toda referencia a los esfuerzos de nuestro prestigioso Instituto para alcanzar un tratamiento eficaz de estos trastornos, lo cual está muy feo. Además de transmitir mi malestar por tan infame e interesada omisión (originada, sin duda, en los intensos celos profesionales que Andrakas siente hacia nuestra persona), deseo aprovechar la ocasión para referir brevemente uno de los tratamientos más modernos y audaces recientemente ensayado en nuestro centro.

Case Report: *Mr A, un sujeto de sexo masculino y raza blanca, de 21 años de edad, presentaba una severa afección por Ideovirus, que en pocos meses se complicó dando lugar a una encefalitis ideovírica político-deportiva con clínica de hooliganismo quemautobuses. A pesar de los numerosos tratamientos ensayados el cuadro progresó de manera espectacular, por lo que fue conducido a nuestro centro. Aprovechando que nos quedaban unos menudillos de un reciente trasplante de hígado de mandril a un paciente afecto de HVB crónica, y puesto que no había nada que perder, optamos por transplantar el cerebro del mandril a Mr A. A los 2 años de seguimiento la evolución ha sido satisfactoria: no ha habido rechazo y Mr A, dotado de su nuevo cerebro de mandril, no ha recaído en las severas manifestaciones clínicas propias de su trastorno, al tiempo que ha podido reincorporarse a la sociedad como un individuo productivo. La exposición a su antiguo círculo de de infección ideovírica no se tradujo en una reinfección, y es de destacar que los demás infectados optaron por echarle de su clan por considerar que nuestro tratamiento le había vuelto excesivamente intelectual.*

Es conocida la resistencia natural de los mandriles a la infección por HVB, motivo por el cual se han realizado alotransplantes de hígado de mandril a enfermos con HVB crónica. La evolución altamente satisfactoria de nuestro paciente nos ha llevado a postular que las neuronas cerebrales de los mandriles carecen de los receptores a los que

se unen los ideovirus para penetrar al interior de la célula, lo que les conferiría una inmunidad natural a tan aviesas infecciones. Ya sea por ésta o por otra causa, creemos demostrado que el alotransplante de cerebro de mandril puede ser un tratamiento útil en las infecciones por ideovirus.

Julius C Schnelsinger (Instituto J Mengele de Medicina Ficción, Leipzig)

I.- Andrakas WG. El fanatismo, la intolerancia y otras enfermedades transmitidas por ideovirus. *Txor Her Med J* 1995; 3: 3-11

Dr Andrakas, In Reply

Sres. del Board:

El Dr. Kalighieri plantea el problema de los antecedentes históricos del descubrimiento de los ideovirus en un tono que, sinceramente, me ha molestado porque me atribuye ocultas intenciones narcisísticas.

El descubrimiento de los ideovirus ocurrió como he relatado en el *Txor Her Med Journal* y he de decir que no he leído a los sres. Voltaire y Bernard Shaw, sencillamente porque no tengo tiempo y si el Dr. Kalighieri se dedicase a la investigación, que es lo que debe hacer, tampoco los habría leído.

Es increíble lo listos que somos todos a toro pasado... ahora va a resultar que todo el mundo conocía la existencia de los ideovirus menos yo... ¡es inconcebible!

He de decir también que he pedido a mis abogados que estudien la posibilidad de emprender acciones legales contra ese deslenguado de Kalighieri, así que se vaya preparando.

Por otra parte, nos parece muy interesante la argumentación del Dr. Bilbao que sugiere que es la presencia de pocas ideas -y no las ideas en sí mismas- lo que resulta patológico. Es posible que la existencia de ideas contradictorias y hasta opuestas llevara a la aparición de la duda. Nosotros hemos comprobado en estudios histopatológicos que las dudas inactivan a los ideovirus en forma parecida a como lo hace el interferón B, con el resultado de unas ideas saprófitas inofensivas.

Esto plantea el asunto de que tal vez sea más importante estudiar la duda que las ideas. Es posible que el problema no sea explicar porqué los fanáticos creen lo que creen a pies juntillas sino que la verdadera pregunta es ¿por qué estos tíos no dudan? ¿Cómo es posible en un Universo como este, lleno de incógnitas, que haya gente que no dude?

Sea como fuere, la hipótesis del Dr Bilbao tiene en su contra que los intentos de vacunación con cepas atenuadas de ideovirus dirigidas a inocular nuevas ideas en los pacientes han obtenido hasta la fecha unos resultados muy pobres lo que suscita la explicación alternativa de que la existencia de pocas ideas tal vez sea consecuencia y no causa del trastorno. Aguardamos con interés los resultados definitivos del Dr. Bilbao.

En cuanto a la cita de Esculapio tengo que decir que está recogida en el tratado de Medicina del médico clásico hindú V Rapananda el cual fue discípulo directo de Podalirio, uno de los hijos de Esculapio, que enseñó Medicina en la India y solía repetir esta frase de su padre con mucha frecuencia.

Finalmente, el Dr. Schnelsinger, (dejando a un lado el tono megalomaniaco, malhumorado y ofensivo -tan propio de él, por otra parte- en que redacta su carta) abre un campo insospechado para la terapéutica de las infecciones por ideovirus. Si fuera capaz de reproducir esos resultados en muestras más amplias en un estudio controlado y mínimamente sólido desde el punto de vista de la metodología (cosa que dudo) tal vez consiguiera realizar la aportación a la ciencia que lleva tantas décadas persiguiendo.

Warren S Andrakas (Lutxana-Erandio)

(THMJ, 1996)

Captura de Pichigüili: Una disciplina de creciente importancia

Clark Ashton Smith

Resumen: Este artículo intenta familiarizar al lector con el concepto de pichigüili. Se apuntan algunas consideraciones generales en relación con la clasificación, técnicas de captura, técnicas de almacenamiento, categorías y puntuación. Finalmente, se anticipan las tendencias futuras en este campo.

Palabras clave: Pichigüili - Bolígrafo reciclable - Bolsa de Plástico - Pin - Grabadora de bolsillo - Secador de Pelo

Summary: The aim of this paper is to familiarise our readers with the concept of peecheewilly. Some general remarks are outlined regarding classification, catching techniques, storage techniques, categories and scoring. Finally, future trends are forecasted.

Key Word: Peecheewilly - Recyclable ball pen - Plastic Bag - Pin - Pocket recorder - Hair dryer.

1. Concepto y Definición de Pichigüili

Se define como pichigüili todo objeto que de forma gratuita puede conseguirse en el stand o chiringuito de un laboratorio farmacéutico en un Congreso o Reunión Científica (1). Diversos autores (2,3) han discutido acerca de las propiedades intrínsecas del concepto esencial de pichigüili pero parece aceptado de forma universal que las *Condiciones Fundamentales* son :

- a) Ser gratuito
- b) Obtenerse en el stand de un laboratorio, y
- c) Poder ser capturado en el marco y con la excusa de una Reunión o Congreso Científico.

Asímismo se reconocen otra serie de propiedades del pichigüili que pueden considerarse *Condiciones Accesorias* aunque de pre-

sentación muy frecuente. Diversos autores han incluido en esta categoría características como:

- a) La inutilidad (4),
- b) La duración escasa (5),
- c) El agotamiento inmediato de las pilas (6) (aplicable únicamente a pichigüilis electrónicos),
- d) La tendencia a explotarse y poner perdido de tinta al usuario (7) (aplicable a los bolígrafos), etc.

Como *criterio de exclusión* casi unánimemente admitido por todos los autores está la información científica en presentación de panfleto. La presentada en pastas duras, video, cassette, CD, CD-ROM, etc. es aceptada como criterio de exclusión, y en muchos casos, altamente valorada.

2. Tipos y Clasificación de Pichigüilis

Existen diversas clasificaciones de pichigüilis, que tradicionalmente han enfrentado a las diferentes escuelas de estudiosos del tema. En la actualidad se consideran como categorías básicas a las siguientes:

a) **Pichigüili Fácil**: definido por Criterios de *Abundancia* (hay mogollón y pueden cogerse de 6 en 6), de *Permanencia* (no se agotan y pueden conseguirse todos los días que dura el congreso) y de *Accesibilidad* (se cogen sin más, sin sorteos, ni muestras hipócritas de interés en los productos e información científica del laboratorio en cuestión u otras artimañas). Habitualmente son pichigüilis de escaso valor y pertenecen a las categorías de bolsa de plástico, bolígrafo de ídem, pin cutre, etc

b) **Pichigüili Difícil**: definido por su *Escasez* (hay pocos, y a menudo escondidos debajo del mostrador), por su *Fugacidad* (sólo pueden obtenerse durante un periodo de tiempo determinado) y por su *Difícil Acceso* (precisan sorteo, conocer al representante, poseer información confidencial acerca del momento en que van a ofrecerse en el stand, etc)

c) **Pichigüili Aleatorio**: incluye a los que pueden obtenerse únicamente por sorteo. En general son pichigüilis difíciles y de alta calidad. A su vez pueden clasificarse en *Con* y *Sin Tongo*.

d) **Pichigüili Operante**: utilizado como refuerzo positivo para incrementar la frecuencia de la conducta de asistir a determinada conferencia (en general dedicada a alabar las excelencias de un determinado producto comercial). Se ha demostrado que la eficacia del pichigüili operante es directamente proporcional a su contingencia. Se han realizado algunos experimentos de condicionamiento clásico, generalmente ligados a estímulos condicionados de tipo gastronómico. En un famoso experimento de Medrano y cols (8) se demostró un evidente incremento de la salivación y de la secreción de jugos gástricos en un grupo de psiquiatras al hacer sonar el nombre comercial de un determinado fármaco de un laboratorio que previamente les había invitado en repetidas ocasiones a pantagruélicas comilonas.

3. Técnicas de Captura

Se han descrito diversas técnicas de captura y obtención de pichigüilis, técnicas cuya creciente depuración han originado diversas modalidades deportivas y una cierta especialización entre los más avisados practicantes. Entre las principales (y aceptadas por la Federación Mundial de Captura de Pichigüilis) están:

a) **Saqueo**: modalidad muy deportiva y sencilla especialmente con pichigüilis fáciles y de alta accesibilidad. Es la modalidad más practicada, especialmente por practicantes novatos y con pocos congresos a sus espaldas (mires, adjuntos baldragas, etc), aunque bien practicada puede rendir beneficios importantes. Es de gran dificultad cuando se aplica a pichigüilis difíciles y prácticamente imposible en los pichigüilis obtenibles por sorteo y en los operantes (salvo aplicación de técnicas de robo). En esta modalidad suele requerirse una cierta infraestructura de almacenamiento, siendo en general insuficiente la bolsa oficial del congreso. Esta insuficiencia puede paliarse haciendo acopio de bolsas de plástico

en los stand (que también puntúan); se han descrito muy buenos resultados con el uso de mochilas (9). Algunas técnicas utilizadas en esta modalidad son las de "*cojo unos cuantos para mis compañeros, que están en el hotel con diarrea*", la de pasar repetidas veces por el mismo stand cuando cambia el personal que lo atiende y la del disfraz (pasar varias veces utilizando gafas de sol, peluca, barba postiza, etc.)

b) **Sutil**: modalidad avanzada que requiere una cierta preparación. La prestancia y el aspecto serio pueden ser de gran ayuda. Es muy practicada por jefes de servicio, catedráticos y adjuntos con porvenir y confianza en sus posibilidades. Bien practicada sólo debe aplicarse a pichigüilis difíciles y de alto valor; no hay cosa más penosa que ver a un congresista de medio pelo aplicando técnicas sutiles para la obtención de bolis de plástico, pines y caramelos que podrían ser obtenidos de forma eficaz en modalidad de saqueo. Las técnicas sutiles se basan en general en un acercamiento al stand decidido, mirando fijamente a los ojos al representante e interesándose por posible literatura científica o por diversos aspectos del producto farmacéutico en cuestión. En ocasiones puede ser útil preguntar por algún pez gordo del laboratorio, como si se fuera de parte de alguien. Preguntar directamente "*¿qué tienes debajo del mostrador?*", amenazar o decir "*¡al Dr Sironga le has dado y a mí no!*", no se consideran técnicas sutiles ni elegantes pero algunos practicantes obtienen pingües beneficios con las mismas.

4. Técnicas de Almacenamiento

La más elemental son los bolsillos, que aunque seguros y discretos tienen muchas limitaciones, especialmente de espacio. Algunos practicantes sin embargo hacen maravillas combinando atuendos con camisa, chaleco, chaqueta y gabardina. Sin embargo, y si se quieren garantizar unos mínimos resultados, es preciso proveerse de medios de almacenamiento más sofisticados. Entre los más utilizadas son las bolsas de plástico y papel que pueden obtenerse en los mismos chiringuitos (a su vez también contabilizables

como Pichigüilis); otras técnicas incluyen el uso de mochila, saco de arpillera (en la actualidad en desuso), carro de supermercado, furgonetas, etc. Muchos practicantes acostumbran a llevar a su acompañante durante el proceso de captura, lo que dobla prácticamente la capacidad de almacenamiento, al tiempo que permite concentrarse mejor en la captura y camuflar con más facilidad los pichigüilis ya obtenidos. Algunos practicantes de nivel *medio-alto* (jefes de servicio y catedráticos) utilizan mires como elementos de acarreo con buenos resultados.

5. Categorías

Los campeonatos de captura de pichigüilis se celebran a nivel local, nacional, continental y mundial (categorías internacionales estas dos últimas). Como puede comprenderse todo campeonato de captura de pichigüilis se celebra obligatoriamente en el seno de un Congreso Científico, ya sea Nacional, Continental o Internacional (u otros, como el HispanoLuso). Se distinguen 4 categorías fundamentales: Catedrático; Jefe de Servicio; Adjunto Pelao; MIR (con dos subcategorías: senior -R3, R4- y junior o sub21 -R 1, R2-). No hay categorías por sexos aunque se han descrito peculiaridades en las artimañas de captura por parte del sexo femenino, más o menos sutiles.

6. Otras Modalidades

Se han desarrollado modalidades deportivas de captura que incluyen Pruebas Cronometradas (se cuenta el número de capturas realizado en un tiempo dado o se cronometra el tiempo que se tarda en obtener un número previamente acordado de pichigüilis). En esta modalidad parecen tener ventaja los Mires y Adjuntos jóvenes y en buena forma. La modalidad de Tiempo Corrido contabiliza todos los pichigüilis obtenidos a lo largo del tiempo que dura el Congreso. En algunos campeonatos se han celebrado pruebas por equipos además de la individuales viviéndose momentos de gran emoción y rivalidad entre diversos servicios y hospitales.

7. Puntuación

El baremo de puntuaciones no está, desgraciadamente, aún estandarizado. Algunos autores han propuesto la posibilidad de incluir en la clasificación DSM y CIE criterios objetivos y operativos de baremación de pichigüilis, aunque habrá que esperar al menos al DSM-V o la CIE 11. Por tal razón la puntuación se establece mediante un jurado elegido en cada concurso e integrado por científicos y académicos de reconocida solvencia y representantes veteranos de la industria farmacéutica. En líneas generales la puntuación mínima se establece para literatura científica (aunque en general, y como hemos dicho, las escuelas más puras no consideran a esta de suficiente categoría y dificultad para ser considerada pichigüili), bolsas de plástico y papel y bolígrafos de poca calidad. Una puntuación media se suele aplicar a llaveros, pins, bolígrafos con alguna parte metálica o diseños novedosos, CDs de música clásica o pop pasado de moda, etc. La puntuación medio-alta se reserva para camisetas, paraguas, bolígrafos enteramente metálicos, CDs de música rock razonablemente actual, etc. La puntuación más alta se aplica a aparatos electrónicos diversos, apartamentos en la costa, automóviles, libros interesantes, invitaciones a cenar en restaurantes de postín, etc.

8. El Futuro

Parece indiscutible que vivimos un momento de cambio radical en todo lo que concierne a los Pichigüilis; hace escaso tiempo capturas como agendas (incluso de piel), bolígrafos metálicos, libros de pastas duras, chubasqueros, alfileres de corbata, etc podían considerarse piezas estandar. Hoy en días los CDROM, las agendas electrónicas, las tarjetas magnéticas de telefónica, las suscripciones a internet e incluso las experiencias en realidad virtual copan la oferta de pichigüilis. Esto obliga a continuas adaptaciones y a una preparación cada vez mas especializada si los practicantes no quieren verse superados, anclados en técnicas obsoletas o pregun-

tando con cara de bobos en un estand ante un instalador electrónico de nudos de corbata ¿y esto qué es....?.

Bibliografía

1. Malo P. Concepto y Definición del Pichigüli. Comunicación Personal. 1996
2. Malo P, Medrano J, Uriarte JJ. Naturaleza y Propiedades Intrínsecas de los Objetos Pichigüilis. *New Raven Proceed* 1996; **1**: 35-37
3. Elosua P, Formetariz L. Intrínsecal Properties of Peecheewilly Objects. *Acta Pichigüil Scand* 1995; **3**: 10-23
4. Golfan R, Pilindigh H. Useless Use of Peecheewilly. *Am Pichigüil J* 1995; **3**: 24-43
5. Golfan R, Pilindigh H. Short Life of Peecheewilly Objects. *Acta Pichigüil Scand* 1995; **3**: 44-59
6. Golfan R, Pilindigh H. Flat Batteries cause dysfunctional pichigüilis. *Acta Pichigüil Scand* 1995; **3**: 60-99
7. Golfan R, Pilindigh H. Ink Explosion, Shirt Pockets and Ball-Pen Peecheewillies. *Acta Pichigüil Scand* 1995; **3**: 100-199
8. Medrano J. Técnicas de Modificación Conductual en la Rehabilitación Psicosocial de Psiquiatras. *New Raven Proceed* 1996; **1**: 907-1321
9. Uriarte JJ. La Mochila como medio de carga de Pichigüilis. *New Raven Proceed* 1996; **1**: 1990-3311

Recibido: 31-7-96; Aceptado: 31-7-96; Reprint requests:
A fotocopiar
(*THMJ*, 1997)

CARTAS

Sobre el concepto de Pichigüilis

Srs del Board:

En el último número de su prestigiosa revista publican Uds un artículo de Clark Ashton Smith sobre la captura de Pichigüilis (1) en el cual, además de consideraciones directamente relacionadas con técnicas de captura, presentan Uds unos criterios operativos de diagnóstico de pichigüili surgidos de las aportaciones de varios autores (2,3).

Aunque su esfuerzo por desarrollar y difundir tan importante cuestión es más que meritorio, quisiéramos llamar su atención sobre el hecho de que los pichigüilis, como los concibe CA Smith, se solapan con otros objetos íntimamente relacionados, lo que puede inducir a error. Nos referimos a los objetos o bienes que pueden obtenerse de los laboratorios en marcos o con excusas diferentes a las reuniones o congresos científicos y, más específicamente, todo el conjunto de objetos y bienes distribuidos entre los médicos por los delegados de los laboratorios en el curso de la llamada visita médica (VM).

Este segundo grupo de entes comparte con los pichigüilis algunas características como la procedencia (laboratorios, aunque no expresamente repartidos en stands), la gratuidad y, en su caso, la inutilidad, la duración escasa, el agotamiento inmediato de las pilas y la tendencia a explotarse y poner perdido al usuario. Asimismo, en no pocas ocasiones, los pichigüilis propiamente dichos (esto es, los repartidos en stands de congresos) coinciden exactamente en sus propiedades físico-químicas y organolépticas con los distribuidos en el curso de la VM (4).

Por este motivo consideramos necesario esclarecer, desde el punto de vista ontológico y nosológico, las características de estos objetos, bien ampliando el concepto de pichigüili a todo aquello que sea repartido por laboratorios, independientemente del *setting*, bien acuñando un nuevo término que permita diferenciar los pichigüilis de aquellos objetos similares repartidos en la VM. En defensa de la primera opción

señalaremos que en el curso de la VM se han observado maniobras de acaparación de objetos que remedan las técnicas de captura de pichigüillis descritas por CA Smith (5). En defensa de la segunda, citaremos nuestros trabajos (6-7) que señalan que para los objetos distribuidos en VM la oferta es más reducida, la demanda menos masificada, existe una mayor capacidad de dirigir los objetos hacia demandantes específicos por parte de la oferta y, finalmente, en no pocas ocasiones los bienes repartidos son de características físico-químicas difíciles de calificar (viajes a eventos científicoides lejanos al lugar de residencia, compensaciones por investigacionoides fase IV, etc).

Urge, en cualquier caso, ahondar en el estudio científico de tan perentoria cuestión, por lo cual les solicitamos que impulsen desde su excelsa tribuna científica una discusión internacional que permita distinguir y nominar los objetos a los que hacemos alusión.

Michel Lachaisegrosse y Jean-Paul Dubéret (Mauleon, Zuberoa)

- 1.- Smith CA. Captura de pichigüillis. Una disciplina de creciente importancia. Txor Herr Med J 1997; 5: 2-5
- 2.- Malo P, Medrano J, Uriarte JJ. Naturaleza y propiedades intrínsecas de los objetos pichigüillis. New Raven Proceed 1996; 1: 35-37
- 3.- Elosua P, Formentariz L. Intrinsic properties of peecheewilly objects. Acta Pichigüil Scand 1995; 3: 10-23
- 4.- Lachaisegrosse M, Dubéret J-P. Les pitchigouillis et les objets qui ressemblent les pitchigouillis. Vers une nouvelle théorie. Pract Souletin 1997; cxcvi: 1660-1668
- 5.- Lachaisegrosse M, Dubéret J-P. Les pitchigouillis et les objets qui ressemblent les pitchigouillis. Les objets qui ressemblent les pitchigouillis sont aussi très désirés par les praticiens. Pract Souletin 1997; cxcvi: 1706-1718
- 6.- Lachaisegrosse M, Dubéret J-P. Les pitchigouillis et les objets qui ressemblent les pitchigouillis.. Aspects diagnostiques I. Pract Souletin 1997; cxcvi: 1820-1824

- 7.- Lachaisegrosse M, Dubéret J-P. Les pitchigouillis et les objets qui ressemblent les pitchigouillis.. Aspects diagnostiques II. Pract Souletin 1997; cxcvi: 1825-1834

Dr CA Smith, in reply

Señores del Board

Considero muy acertadas las consideraciones vertidas en la carta del Prof Lachaisegrosse acerca del concepto de Pichigüilis. En efecto, la existencia de objetos pichigüilis fuera del contexto de los congresos y reuniones científicas es algo fácilmente constatable. De hecho, objetos de tales características son habituales en la visita médica cotidiana. Aunque el concepto originario se estableció para designar específicamente a los objetos obtenidos en los stands de las compañías farmacéuticas en los congresos y reuniones científicas no nos ha extrañado la generalización del nombre y su uso en otros ámbitos. De todas maneras hay que señalar que existen distinciones importantes, algunas ya avanzadas por el Prof Lachaisegrosse. El pichigüili genuino es un objeto activamente conseguido, cuya esencia radica y sólo se comprende de forma íntegra en el contexto del espacio-stand. En general, además, sólo puede obtenerse en el efímero periodo de duración del congreso, y en ocasiones, aún menos. Es un objeto selectivo, sólo al alcance del médico invitado al congreso, y competitivo, orgulloso, pagado de sí mismo. El pichigüili no genuino, el entregado obsequiosamente en la visita médica, mora en general en el interior del mísero maletín y es ofrendado con insistencia, sin competencia alguna y por tanto sin valor deportivo.

Aunque probablemente el uso vulgar del término para referirse sin distinción a ambas situaciones es ya irreversible, propongo el uso del término Pseudopichigüili para referirse a los objetos no estrictamente pichigüilis según los criterios establecidos por mí mismo.

Clark Ashton Smith (Las Arenas, Bizkaia)

- 1.- Smith CA. Captura de pichigüilis. Una disciplina de creciente importancia. Txor Herr Med J 1997; 5: 2-5

Acerca del origen etimológico del término pichigüili

Sres del Board:

El artículo de C A Smith ha despertado un inusitado interés y ha popularizado el término pichigüili, en principio considerado un neologismo surgido de la preclara mente del Dr Maló, en una de sus genialidades intelectuales y lingüísticas.

Sin embargo, como filólogo especializado en lenguas indoeuropeas no puedo por menos de intervenir para dejar claro el origen etimológico de un término, que lejos de ser una invención moderna afortunada, desciende evolutiva y naturalmente de antecesores morfematosos y lexematosos que sustentan su actual uso, aunque he de decir que no hay un acuerdo científico entre los científicos y lingüistas que nos hemos acupado del asunto.

Philippe Morgolon, destacado lingüista gabatxo, especialista en filología griega defiende a capa y espada el término griego Pamplina como origen del actual pichigüili: como se ve no deja de ser verosímil dado que:

Pamplina-pimplina-pichi-plina-pichigüina-pichigüili.

Amado Mostazón, de la Universidad de Friburgo, especilista en lenguas latinas sin embargo descarta tal teoría y defiende el término latino Piscalabis, como claro origen del término moderno pichigüili; como se puede ver fácilmente:

Piscalabis-piscolagüis-psicoligüis-psichiligüis-pichiligüis-pichigüili

Roberto Lizarramurdi, gran especialista en euskera labortano pien-sa sin embargo que el término pichigüili era ya usado por los antiguos bascones de Sierra Morena; para ello se apoya en inscripciones encontradas en cuevas de la zona, en las que al lado de las pinturas rupestres que representan objetos diversos se puede fácilmente leer Patxi y Willie; así se paso de Patxi y Willie fácilmente a pichigüili.

Y por fin el gran Tonino Timorolandro, el gran especialista europeo en lenguas árabes tiene claro el término Zapato como origen de la

palabra pichigüli en su actual acepción. Y así podemos fácilmente ver como:

Zapato-avestruz-avubilla-pichirrina-pichugüina-pichigüli

Creo que no pueden despreciarse estas magnificas aportaciones al conocimiento etimológico de esta popular palabra que enriquece nuestro idioma.

Venerando Fernández de La Reineta (Dpto de Filología Evolutiva Comparada, Universidad de Castro-Urdiales)

(1997)

Niveles de colesterol en monjas clarisas: Estudio comparativo frente a dos grupos control

Laplagne J-D¹, Leibnitz JM², Laplagne M-F³.

Resumen: Objetivo: El principal objetivo de este estudio es medir los niveles de colesterol plasmático de las monjas clarisas para comprobar si existen características especiales en este grupo de sujetas. Método: Se midieron los niveles de colesterol plasmático de un grupo de monjas clarisas y se compararon con dos grupos control (A: de monjas de otros equipos y B: Un grupo emparejado por edad de mujeres nulíparas). Se aplicaron procedimientos estadísticos que no entendemos muy bien pero que según el técnico en la materia son infalibles. Resultados: Las monjas clarisas presentan unos niveles de colesterol plasmático significativamente superiores a los de otros colectivos comparables. Conclusiones: Dado que ya presentan un factor de riesgo debería alertarse a las monjas clarisas para que eviten otros como el tabaco.

Palabras Clave: Monjas clarisas - Colesterol - Huevos - Tabaquismo pasivo - Reportajes fotográficos plastas

Summary: Objective: The primary purpose of this study is to measure the plasma cholesterol level of Clairese nuns, to check if there are any special characteristics in this group of probands. Method: Plasma cholesterol levels of a group of Clairese nuns were carefully measured and compared to those of two control groups (A: Nuns belonging to other teams, and B: An age-matched group of nulliparics). Un-understandable statistics -but pretty useful,

¹ Médecin Directeur, Institut Laplagne pour l'Étude des Xanthelasma des Nonnes (ILEXN), Mauleon, Zuberoa.

² Unidad de Filosofía Matemática y Euskalkulia, Hospital de Galdakao.

³ Dietista, ILEXN

acording to our Statistics technician- were used. Results. Clairese nuns' plasma cholesterol levels were significantly higher than those of comparable groups. Conclussions: As they already show a risk factor, Clairese nuns should be warned not to smoke.

Key Words: *Clairese nuns - Cholesterol - Eggs - Passive smoking - Boring Wedding day photograph sessions*

Introducción

Desde tiempos inmemoriales los novios ofrecen a las monjas clarisas 13 huevos para que con sus rezos obtengan un soleado día de esponsales. El éxito de las plegarias de esta orden de monjas ha sido enorme y son abundantes las parejas que gracias a la intercesión de las clarisas han conseguido hermosísimos reportajes de boda plenos de luz y color con los que aburrir a las amistades que les visitan al regreso de la Luna de Miel. No obstante, pese a la alta eficiencia del procedimiento, algunos autores han llamado la atención sobre sus posibles puntos débiles. Por ejemplo, Dawson y cols comprobaron que si la oferta era de huevos morenos el día resultaba más soleado que si se utilizaban huevos blancos, y que con estos últimos existía un riesgo significativamente superior de brumas matinales, por lo que desaconsejaban su utilización cuando la boda se celebraba a primera hora (1). Por su parte, McNamara y cols (2) consiguieron demostrar que si la ofrenda consistía en huevos de menos de 50 gramos/unidad existían más posibilidades de que sobrevinieran inoportunas tormentas, con el consiguiente riesgo de interrupción de los banquetes nupciales celebrados al aire libre. Finalmente, hay un consenso casi unánime respecto a la necesidad de que los huevos sean frescos y se ha apuntado que los huevos mellados o salmonellizados suelen provocar efectos paradójicos como granizadas, césped húmedo o chaparrones persistentes (3).

A pesar del enorme cuerpo doctrinal existente al respecto, apenas esbozado en esta sucinta introducción, se ha descuidado dolorosamente el aspecto de los efectos que para las propias monjas clarisas podría tener tan entrañable tradición. Fue precisamente

uno de nosotros quien comunicó por vez primera los riesgos que esta práctica conllevaba al demostrar que la práctica totalidad de las monjas del convento de las madres clarisas del pueblo donde ejercía la medicina tenía xantelasmas (4). Evidentemente, el origen de este fenómeno, indicador de una elevada colesterolemia, debía situarse en que las monjas se alimentan de la enorme cantidad de huevos con que son agasajadas. Espoleados por tan sugestivo hallazgo hemos procedido a realizar este estudio con el fin de medir los niveles de colesterol de las madres clarisas.

Material y Métodos

Para la realización de este estudio se solicitó la colaboración de todas las monjas clarisas de Zuberoa (*N*: 132). Tras breves negociaciones se consiguió reclutar a la totalidad de la población. Como grupo control se contó con dos colectivos. Un primer grupo, A, de 137 monjas de otros equipos (fundamentalmente mercedarias, carmelitas, tanto calzadas como descalzas, javerianas y de la Caridad). Tras un estudio muy complicado nuestro estadístico estimó que este grupo no difería significativamente del grupo de estudio en las variables demográficas (edad y, especialmente, sexo, profesión y estado civil). El grupo B se componía de 124 mujeres solteras y nulíparas del país, de buena salud, y emparejadas con el grupo de estudio en cuanto a la variable edad.

El total de las sujetas a estudio (393) fueron entrevistadas y se les pasó el Inventario de Regüeldos, Flatulencias y Bihotzerres Postprandiales de Yamagata-Zabala (5) y un cuestionario de hábitos alimentarios diseñado para la ocasión por los autores. Una vez culminadas estas formalidades se les extrajo sangre por los procedimientos clínicos habituales y se realizó la estimación de los niveles plasmáticos de colesterol con un sistema doble ciego. Para ello se utilizó un colesterolómetro de la marca Acme.

El procedimiento estadístico empleado fue el test ANOVA y el Test de Schaffé para múltiples comparaciones. Todos los resultados fueron introducidos en su correspondiente base de datos y se analizaron con un programa estadístico de factura

propia realizado con piezas de bricolaje matemático. Se consideraron significativos los hallazgos que mostraron un valor de $p < 0.000000000000000000000001$.

Resultados

Las monjas clarisas no mostraban más regüeldos, bihotzerres ni molestias prostprandriales que los grupos control. Empero, se observaron algunas diferencias en cuanto a sus hábitos alimentarios, como se puede apreciar en la Tabla I, elaborada con la dieta diaria de tres probandas, cada una de las cuales pertenecía a uno de los tres grupos.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Desayuno	Huevo pasado por agua	Leche tibia	Café con sopas
Comida	Tortilla francesa	Sopa	Judías Verdes
	Huevos rellenos	Pollo cocido	Abadejo
	Flan de huevo	Manzana	Arroz con leche
Merienda	Café con yema	Queso fresco	Té con pastas
Cena	Huevos revueltos	Sopa	Tortilla francesa

En cuanto a los niveles plasmáticos de colesterol, la diferencia entre el grupo de las salesas y los dos grupos control alcanzó el exigente nivel de significación propuesto.

Conclusiones

Es evidente que las madres clarisas deben incorporar a su dieta la enorme abundancia de huevos que reciben de los fieles casaderos. La gráfica dietética lo demuestra sin lugar a dudas. De ello se resienten los niveles de colesterol plasmático de estas religiosas que, como se ha visto, son significativamente superiores a las de colectivos comparables en base a variables demográficas.

Nuestros hallazgos invitan a varias consideraciones. Una posibilidad, desde el punto de vista de la Medicina Laboral, sería reconocer la hipercolesterolemia y sus diversas consecuencias como

enfermedad profesional de las madres clarisas. Su muy peculiar forma de ganarse su sustento condiciona de manera irremisible su dieta y salvo que se establezcan mecanismos de permuta o se les permita recomercializar los huevos resulta poco factible que puedan modificar su régimen alimentario.

Por otra parte, cabría idear alguna modificación dietética. Podrían utilizarse nuevos huevos de ingeniería genética, bajos en colesterol, pero experiencias preliminares demuestran que los días obtenidos con esta ofrenda light, aun siendo soleados, suelen verse enturbiados con algún inoportuno nubarrón que hace que el reportaje fotográfico desmerezca un poco (6).

Finalmente, desde el ángulo preventivo, puesto que parece evidente que la alta colesterolemia de estas monjas supone en sí misma un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, debe alertarse a las interesadas sobre la importancia de que no incurran en otros factores de riesgo y abandonen el hábito tabáquico.

Bibliografía

- 1.- Dawson JR, O'Neill GW, McDouglas ST. Brown eggs outweigh white eggs performance on wedding day weather: A preliminary report. *Can J Eggology* 1987; **43**: 123-127
- 2.- McNamara KS, Winterstorm S, Chiu HN, Abdoujaparov FD, Errandonea J. Small eggs are less effective than big ones when attempting a sunny wedding day. *Egg* 1989; **11**: 235-265
- 3.- Martín JJ. Salmonelosis y Bodas. *El Huevo* 1994; **16**: 787-790
- 4.- Laplagne J-D. Xanthelasmae chez les nonnes. *Pract Souletin* 1993; **CIXCVI**: 1515-1523
- 5.- Zabala JM. IFRBP. Inventario de flatulencias, regüeldos y bihotzertes postprandiales. Una Escala clínica, de aplicación por el examinador, modificación de la EAMPY (Escala Autoadministrada de Molestias Postprandiales de Yamagata). *Scal Rev* 1988; **66**: 1123-1133

- 6.- Knight F. Low-cholesterol eggs ruined my wedding day (letter).
Egg 1995; **17**: 441

Recibido: 10-06-96

Aceptado: 23-10-96

Reprint requests: J-D Laplagne, Institut Laplagne pour l'Étude
des Xanthelasma des Nonnes (ILEXN), 512, Avenue Béret,
Mauleon, Zuberoa.

(THMJ, 1997)

Propuestas para la Contención del Gasto Sanitario

Comisión de Estudio de Problemáticas de la THMA (CEPTHMA)

Resumen: *La medicina pública del siglo XXI se enfrenta a un enorme desafío que condiciona su futuro desarrollo y pone en peligro su propia existencia: el incremento de la demanda en todos los campos asistenciales, así como el crecimiento desmedido del coste económico de las técnicas terapéuticas y diagnósticas llevarán al sistema, si no se pone remedio antes, al colapso absoluto (1). El presente documento propone una serie de actuaciones y medidas dirigidas al control del gasto sanitario sin por ello conllevar una pérdida de calidad ni del abanico de prestaciones.*

Tras un análisis detenido de la situación actual, la Comisión de Estudio de Problemáticas de la TxoriHerri Medical Association (CEPTHMA) ha llegado a la conclusión de que las actuaciones posibles se limitan a dos frentes: el Sistema Asistencial y el Enemigo (digo, los pacientes, digo, los usuarios, digo, los clientes...).

Palabras Clave: *Medicina - Calidad – Modernidad – Progreso – Igualdad – Fraternidad*

Summary: *State-financed medicine of XXith century will face a huge challenge which conditions its future development and threatens its own existence: the increase of demand in all the fields of health assistance, as well as the excessive growth of the economic cost of therapeutic and diagnostic techniques, which will take the system, if no remedy is put before, to collapse. The present document proposes a series of actions and measures in order to the control of the sanitary expense with no loss of quality and no narrowing of the range of health care benefits.*

After a cautious analysis of the current situation, the TxoriHerri Medical Association Commission for the Study of Problems (CEPTHMA) came to the conclusion that the possible actions are limited to two fronts: the Assistance System and the Enemy (I mean, the patients, I mean, the users, I mean, the clients...).

Key Words: *Market – Supply – Demand – Costs – Savings – Budget*

Actuaciones sobre el Sistema Asistencial

Las formas de abaratar costes a este nivel contemplan:

A) Actuaciones sobre los Gastos de Personal

- Disminución - Anulación de Sueldos: inicialmente de forma voluntaria. Se pedirán voluntarios para disminuir sustancialmente la cuantía de sus sueldos. A los más voluntariosos se les propondrá incluso trabajar sin cobrar. Aunque no se espera que la medida tenga mucho éxito, no se pierde nada con probar. Dependiendo del éxito de la medida, posteriormente podría reforzarse con amenazas (2).
- Sustitución del personal asistencial por Voluntarios, Servicio Social Sustitutorio o Asociaciones y ONGs como Médicos Mundi, la DYA o la Cruz Roja.
- Sustitución progresiva del personal de enfermería por monjitas (sistema que ya ha aprobado su eficacia). Además tiene la ventaja de que se cuenta con el recurso terapéutico - asistencial que constituyen los rezos y oraciones de forma gratuita y espontánea (3).
- Alargar la residencia MIR a 25 años en cada especialidad, sin aumentos de sueldo: esto permite además una formación mucho más completa. De todos es sabido además que la frugalidad estimula el intelecto (4).
- Anulación de sustituciones en todos los estamentos, formando personal con capacidad de actuación multidisciplinaria: esto permitiría incluso despedir a los servicios de limpieza y cocina, que serían sustituidos por los propios médicos, tras los pertinentes cursillos, que así demostrarían su polivalencia (5).
- Se suspenderán todas las suscripciones a revistas y los servicios de biblioteca, exceptuando el periódico local de más tirada y El Marca, limitando su consulta a los jefes de servicio. Se harán sesiones clínicas y bibliográficas con discusión de los artículos publicados en los suplementos de salud de tales publicaciones.

B) Actuaciones sobre los Costos de Material

- **Material de Limpieza:** ser limpio cuesta poco y no precisa un derroche de medios, que por otra parte son contaminantes y estropean la capa de ozono y la calidad de las aguas (6). Los suelos, habitaciones, quirófanos y pacientes se fregarán con jabón chimbo. Las heridas se desinfectarán con lejía conejo. Se dotará a todos los pacientes y visitantes de balletas adaptables a los zapatos y zapatillas instruyéndoles para que arrastren los pies al caminar y saquen brillo a los suelos. Se instaurará la obligatoriedad de usar el papel de water hasta que no tenga la más mínima esquina sin usar, y por los dos lados. En los casos en que el papel no quede muy pringoso se considerará su reutilización, depositándolo en una bandeja ad hoc al lado del inodoro. Se desalienta el uso de la bomba del water, desperdicio insostenible de agua limpia. Se instruirá a los pacientes para tirar escupitajos a la taza como sistema de limpieza de la misma (especialmente satisfactorio en parkinsonianos psialorreicos y bronquíticos y bronquieictásicos).
- **Alimentación:** los pacientes traerán la comida de casa en tarteras, suficiente para los días del ingreso. Deberán preparar al menos una ración suplementaria para contribuir a la alimentación del personal de guardia.
- **Material Clínico:** los sueros fisiológicos se deberán rellenar con agua del grifo; los sueros glucosados se deberán preparar con fisiológico reciclado añadiendo sacarinas escamoteadas en la degustación más próxima al hospital. La anestesia general se mantendrá, pero limitando su tiempo; de todas maneras se garantizará una duración del efecto de la anestesia de la menos un 60% de la duración de la intervención.

C) Sistemas de Concertación con Entidades Privadas

Considerando el creciente número de ciudadanos abducidos por naves extraterrestres (7), que en general son sometidos a diversas y completas exploraciones médicas, se van a alentar contactos con los alienígenas para aprovechar y ordenar tales abducciones de forma operativa. Se creará una lista de espera para la abducción y cada candidato llevará consigo un informe médico en el que se resalten las patologías e intervenciones quirúrgicas que está a la espera de tratar o de realizar respectivamente.

Los pacientes abducidos serán posteriormente seguidos en el planeta de referencia de la nave abductora, siguiendo los principios de la jerarquización asistencial. No se contempla cubrir el traslado en ambulancia.

Tampoco debe desaprovecharse el potencial de las Medicinas Alternativas y los Remedios Naturales (8). Se prevé organizar grupos de pacientes para salidas al campo en busca de plantas medicinales, acompañados por un monitor naturópata. Para recoger cada planta se requerirá receta oficial de la SS. Algunas plantas como la manzanilla y el perejil no requerirán sin embargo receta médica. Se alentará a los médicos a recetar ajo como remedio universal para todo aquello en lo que no sepan que hacer.

Actuaciones sobre el Enemigo

Dineroterapia para los hiperutilizadores de recursos

Todos sabemos que muy pocos clientes, - los llamados "hiperutilizadores" y otras cosas peores- consumen ellos solitos la mayor parte de los recursos (9). A estos sujetos se les podría ofrecer directamente dinero a cambio de que renuncien a ser atendidos en el futuro por el Servicio Nacional de Salud (SNS). La cosa funciona así: se calcula el gasto total que ese paciente va a costar a lo largo de su vida al SNS y se le realiza una suculenta oferta en

forma de varios millones a tocateja que el interesado no pueda rechazar. Una vez fuera del SNS el sujeto deberá recurrir a los servicios privados o buscarse la vida como se le ocurra pero de ninguna manera podrá volver a pedir su readmisión al SNS lo cual quedaría perfectamente estipulado en contrato ante notario (El llamado Contrato de Terapia Económica o Dineroterapia). Combinando esta medida con la Concertación con Alienígenas creemos que la reducción de costes podría llegar al 50% pero además de eso se produciría una mejora sustancial en la calidad de vida del personal asistencial que en muchos casos estaría dispuesto a poner dinero de su bolsillo para perder de vista a alguno de estos elementos.

Protocolos

Los modernos desarrollos en protocolos, *pemecés*, y otros inventos político- sanitarios, han contribuido a que los clínicos sepan *cómo tienen que* diagnosticar y *cómo tienen que* tratar todo tipo de trastorno o condición (10). Esto permite que se concluya que en condiciones normales, el diagnóstico de un proceso cualquiera requiere un determinado número de pruebas y su tratamiento hace preciso movilizar ciertos recursos (medicamentos, intervenciones, cama hospitalaria) durante un número de días específico para proceso.

Para quien no entienda aún nuestras palabras, una apendicitis, pongamos por caso, requiere un número finito de pruebas, a desarrollar en un determinado tiempo, y un tratamiento quirúrgico estandarizado, con una convalecencia en cama hospitalaria concreta. Todo esto está *científico - económicamente* demostrado y las desviaciones en la utilización de recursos y en los costes derivados son mínimas.

En términos abstractos, sea un proceso X que supone dos días de hospital para diagnóstico, y una asistencia curativo - paliativa de cinco días. El coste de la parte diagnóstica (X_d), sumado al

coste de la parte asistencial (X_a) nos dará el coste total ($X_d + X_a = X_t$). Podemos asumir que existe una desviación del 5% en el valor de X_t , (es decir: $X_t \simeq X_t \pm 5\%$).

Nuestra propuesta consiste en que ya que estamos reconociendo el derecho del usuario a participar en las decisiones referentes a su cuidado, se le haga copartícipe también a este respecto. Así, toda desviación a la baja de X_t (es decir, si resulta que el coste es inferior a $X_t - 5\%$) se repercutirá en el usuario, que se embolsará la cantidad ahorrada, en atención a su colaboración para resolver su problema. Igualmente, si el coste es superior al estipulado (es decir, si rebasa $X_t + 5\%$) el usuario deberá abonar la diferencia, por no haber colaborado y porque sus resistencias a la cura han generado un coste inadmisibile para el Sistema Sanitario.

Con el fin de estimular e incentivar al personal asistencial proponemos que tanto los beneficios como la multa reviertan solidariamente en el staff. Así, si se consigue un ahorro, el usuario y el personal asistencial se repartirán el dinero sobrante (se están elaborando tablas para determinar en qué proporción), mientras que si hay un gasto excesivo, los trabajadores sanitarios deberán contribuir poniendo dinero de su bolsillo (según unas tablas igualmente en proceso de elaboración) para ayudar al usuario a pagar la diferencia.

Repárese en las ventajas de esta idea:

- 1.- El usuario se responsabiliza, desde su autonomía personal, de curarse a su debido momento, y no incurre en un gasto excesivo
- 2.- Se fomenta la calidad total en el proceso asistencial, obteniéndose una relación coste - beneficio idónea
- 3.- Se profundiza en la alianza usuario - trabajador sanitario, con grandes ventajas para ambas partes.

Conclusiones

La unión de fuerzas de todos los que conformamos el sistema sanitario y de los usuarios debe permitir un desarrollo sostenible de la asistencia en el siglo que se avecina. Medidas como las propuestas contribuirán a un horizonte luminoso de prosperidad, salud eterna, felicidad y comprensión entre los pueblos, sin nubes que oculten el amanecer de un nuevo día ni ruidos que distorsionen los himnos que, henchidos de orgullo, entonamos a coro, en nuestro prieto desfilar, los hombres y mujeres que hacemos posibles, en nuestra honestidad y probo trabajo cotidiano, el funcionamiento sin tатxa de la magnífica red asistencial de nuestro país (perdón, País).

Bibliografía

- 1.- Dossoft L, Marronew R. The Big Crunch: the future collapse of the sanitary system. *J Astronom Med* 1996; 33:15, 16-19
- 2.- Mengele V, Strasser, L. If you do not want cup, cup and a half: downshifting and happiness in the daily working. *J Ludopat Psychopat Gerenc Dis* 1995; 67:19-33
- 3.- Goienetxe R, Anderview, J. Hospitalary outcome of the nosocomial infections: lay prayers versus professional prayers: a double-blind survey. *Epid Rev Miracul Prayers UFO'S Sightings* 1993; 2:45-49
- 4.- Miranbeau J, Chamarre L. Neuronal connections increase induced by the mandatory fasting: a postmortem survey in sane volunteers (first year Mires). *Neuroanatom J Sane Volunteer Cerebel* 1997; 7: 33-67
- 5.- Hernandorena M, Filibuster R, Smit C, Lwgdztrs, JR, Passoti RR, Pelucoriati C, Tamagotxi S, Sotogrande L, Fietti R, Tolondrón H, Ribadabua A et al. Habilidades no clínicas y formación multidisciplinar: un estudio comparativo entre médicos hacendosos

- versus médicos baldragas. Bol Interacad Multidisc Habilidad Méd Complement 1999; 7: 49-68
- 6.- Olmo O, Asensi A, Migueli M. El Hospital Ecológico: Estudio del ecosistema sanitario en torno a las máquinas del café y golosinas de los pasillos. Rev Porq Txapuz Sanit 1932; 32: 11-12
- 7.- Jiménez I. Mi vida en Ganímedes. Enigmas 4:12, 32-38, 1995
- 8.- Wun Chi, Rokoskosky L, Zukkoff S, Gordon A. What doesn't kill fattens: flat tyres, potions and other weeds. In "Filthiness that Improves your Health". Chuminovsky edits, Krivoy Rogg, Massachusetts, 1957
- 9.- Jope L, Hoder I. Those which use too much the sanitarial system give the tabarra to the honest medical doctor. Comunicación Personal un día tomado vinos.
- 10.- Protocol P, Protocol M: Making protocols: protocol for the protocolizers of protocols. Protocol 9:11, 456-478, 1997

(THMJ, 1998)

CARTAS

Contención del gasto y subasta de recursos escasos

Srs del Board:

Hemos leído con sumo interés las recomendaciones para la contención del gasto sanitario de la Comisión de Estudio de Problemáticas de la THMA (1). Aunque es difícil mejorarlas, quisiéramos compartir con Uds una actuación que hemos desarrollado con enorme éxito en la organización sanitaria de Zuberoa Interior, encaminada tanto a contener el gasto.

Nuestra mayor preocupación ha sido cómo costear productos sanitarios como los medicamentos caros, los órganos a trasplantar, o las prótesis de metales valiosos. Para ello hemos ideado el siguiente procedimiento, que mata varios pájaros de un tiro. Nuestra pauta de actuación es la siguiente: Al comienzo de cada año, nuestra organización sanitaria hace pública la lista de los bienes sanitarios de los que se va a disponer (tantas cajas de este producto, tantas prótesis, tantos órganos, etc). En un principio la lista se publicaba en el Boletín Oficial de Zuberoa (BOZ), pero muchos enfermos actuales o potenciales no lo leen, por lo que entendimos, ajustadamente, que esta política estaba en franca oposición con los criterios de equidad que deben presidir la atención sanitaria. Así, optamos por colocar el anuncio en las pausas publicitarias de los programas televisivos con un *share* más favorable, lo que nos garantizaba el acceso a la totalidad de la población.

Conocido el número de prótesis disponibles, los usuarios o potenciales usuarios deben planificarse y arreglárselas para romperse las caderas pronto (es decir, en los primeros meses del año), no vaya a ser que si se las estropean en setiembre, pongamos por caso, no les queden y sólo tengan acceso a una prestación menor como, por ejemplo, pegamento lmedio. Esto se favorece desde nuestra Dirección de Gestión y Comerciales con slogans como "No dejes para mañana lo que

puedas contraer hoy", o "Los enfermos responsables no esperan hasta el último día para ponerse malos". De esta manera, como proponen Uds, se profundiza en la responsabilización, desde su autonomía personal, del usuario.

Por otra parte, al animarse a los usuarios a ponerse malos lo antes posible, se consigue agotar los recursos farmacológicos, ortopédicos o biológicos pronto, con lo que se puede cerrar los centros sanitarios al menos los cuatro o cinco últimos años del año, y convertir a todo el personal en fijo discontinuo (con el consiguiente ahorro económico).

Animamos a los lectores de su prestigiosa revista a que copien nuestro procedimiento, que les irá muy bien.

Jean-Claude Dulapinvert y Michel Lagrossebateau (Mauleon, Zuberoa)

I.- Comisión de Estudio de Problemáticas de la THMA. Cinco propuestas para la contención del gasto sanitario. Txor Her Med J 1998; 6: 4-7

(1999)

Formación MIR Hospitalaria vs Formación MIR Comunitaria Un Estudio Comparativo Evolutivo de 4 años de Seguimiento

Clark Ashton Smith

Resumen: *Estudio comparativo entre un grupo de mires de psiquiatría formados preferentemente en hospital y otro formado con múltiples rotaciones extrahospitalarias. Se describen las diferencias encontradas.*

Summary: *Comparative study between two groups of psychiatric mires, one trained exclusively in hospital and the other one trained with multiple stays in community services. The differences found are described*

Introducción

En los últimos años la formación MIR en psiquiatría ha sufrido un franco cambio en su orientación, con una mayor atención a la formación comunitaria implicando frecuentes rotaciones fuera del hospital. Esto contrasta con la formación previa, en la que la estancia hospitalaria centraba la mayor parte de la formación del futuro psiquiatra. La controversia acerca de los pros y los contras de los dos tipos de formación no se ha hecho esperar. El presente estudio trata de dilucidar desde el punto de vista científico el mejor modelo de formación, comparando dos grupos de psiquiatras representativos de ambas tendencias.

Material y Métodos

Se incluyeron en el estudio 10 psiquiatras formados entre los años 80 y 88 y 10 formados del año 1990 en adelante, 12 de ellos

varones y 8 hembras, de edades comprendidas entre los 24 y los 53 años. Todos ellos recibieron su formación MIR en psiquiatría en un hospital monográfico de gran prestigio. No se incluyeron en el estudio mirés formados en servicios de psiquiatría de hospitales generales por no pertenecer al sector.

Todos los residentes de la muestra fueron entrevistados individualmente y sometidos a las siguientes pruebas:

- Test de Resistencia a Comidas Hospitalarias de Arguiñano¹: mide la capacidad del organismo para tolerar y generar mecanismos de adaptación y supervivencia a las comidas que se sirven en los hospitales. Aunque parte de tal condición es indudablemente genética, dependiente de la actividad de sistemas enzimáticos como la Cocido-Reductasa, la Pez-Hidroxilasa o la Vaina-Decarboxilasa, se han descrito mutaciones lamarckianas en respuesta a la exposición continuada a la comida hospitalaria. De hecho, parece demostrado que dosis que resultarían mortales para un R1 son perfecta y satisfactoriamente toleradas y metabolizadas (y en algunos casos extremos incluso degustadas) por un R3. El test consiste en la administración oral de una muestra de comida hospitalaria y la observación posterior del sujeto, que es sometido acto seguido a analítica completa, EKG, RMN, MMPI, Test de Embarazo y en los casos pertinentes, autopsia.
- Escala de Habilidades Sociales de Txema y José Luis²: la escala mide la capacidad para relacionarse y desenvolverse en las situaciones sociales cotidianas. Es una escala autoaplicada que incluye preguntas como qué se debe decir si se coincide con un jefe de servicio a solas en el ascensor, quién debe pagar el café si se toma con un adjunto y un Mir de categoría inferior, o como contestar adecuadamente a un ATS que se pone chulo. Contiene una subescala que mide la soltura en las relaciones con los fenicios (o Visitadores Médicos), especialmente la habilidad para obtener pichigüilis de calidad.

- Cuestionario de Autocuidados de Truthmendi y L´afhorge³: estudia aspectos como la higiene, cuidado de la piel y faneras, porte y vestimenta. Detecta guarrerías sutiles (por ejemplo, llevar la ropa externa limpia pero los calzoncillos sucios, repeinarse con gomina el pelo sucio o echarse colonia para encubrir haberse saltado la ducha por levantarse tarde). Tiene dos variantes, macho y hembra (CATLm y CATLh), con cuestiones idiosincráticas de cada sexo como el afeitado, el depilado de los sobacos, etc.
- Cuestionario de Cobertura Social de Goyita, Lola, Mariajesús, Petri, Pili y Maribel⁴: obtiene un perfil de la capacidad financiera del sujeto, de su situación sociofamiliar, de su hábitat, etc. Incluye una visita domiciliaria con exploración exhaustiva de las condiciones de vida del sujeto y obtención de muestras para su posterior análisis.
- Escala de Escaqueo de Thorizes y Mertxe⁵: evalúa la cintura en situaciones dificultosas en las que el MIR, en situación de inferioridad y minusvalía frente al abuso del adjunto/jefe de turno, se ve en la tesitura de comerse un marrón. Incluye una subescala de Técnicas de Evitación de Pacientes Muy Interesantes.
- Escala de Ligues y Farras de Eizmendi⁵: la escala mide, sobre una evaluación retrospectiva, el número de ligues y farras en el último año. Contiene un factor corrector para las exageraciones en el aspecto amatorio. Se concede en la escala un mayor peso a los ligues obtenidos en ambientes sociales no relacionados con el trabajo y a las farras no subvencionadas por la industria farmacéutica.
- Test de Tendencia a Contar Batallas sobre la Propia Residencia de Uriarte y Malo⁶: se coloca al sujeto en situación propicia (comida con Mires de primer y segundo año no avisados y que por ello cometen la torpeza de sentarse junto al adjunto/jefe de servicio en cuestión) y se mide el tiempo de latencia que transcurre hasta que éste comienza a referir, de

forma incoercible, anécdotas y sucedidos de su residencia. El test puede interrumpirse por razones humanitarias.

- Otros: batería de evaluaciones clínicas dirigidas a detectar deterioro cognitivo, MMS y WAIS y escala de síntomas negativos de la PNSS.

El investigador principal, recién realizado un cursillo de Windows y Office, se encargó de pasar los datos a limpio e introducirlos en el ordenador. Tras varios intentos infructuosos de meter los papeles por la ranura de la disquetera decidió encomendar la tarea a un MIR de primer año, que en su inocencia se dedicó en cuerpo y alma a la tarea.

Resultados

En líneas generales podemos decir que los residentes de formación comunitaria ganaron por goleada.

La tolerancia a alimentos cocinados en el hospital fue, como era de esperar, muy superior en los residentes antiguos, formados básicamente en el hospital y expuestos de forma continuada y repetida a comidas hospitalarias, incluida lengua en salsa (la más tóxica conocida). Los niveles de cocido-reductasa fueron especialmente elevados en este grupo. Dos probandos del grupo de mires de formación comunitaria fallecieron en esta prueba.

La puntuación en habilidades sociales, medida por la escala ad hoc de Txema y Jose Luis, fue claramente superior en el grupo de mires comunitarios. Su capacidad para pedir al camarero en un bar 7 consumiciones diferentes (zurito, claro, cocacola, blanco, tinto, manchao y caña) sin equivocarse para la peña que va de poteo fue quizás el elemento diferencial más determinante. El desenvolvimiento social, la compostura y prestancia en situaciones sociales, parece ser una habilidad (*skill*) claramente potenciada por la formación hospitalófuga.

La cuestión de la higiene y los autocuidados queda más empaquetada. Los mires hospitalocéntricos tendían a encubrir la guarrin-

donguería de la vestimenta en el uso continuado de la bata; sin embargo su frecuencia de duchado era elevada, quizás favorecida por la facilidad de acceso a dispositivos hospitalarios (incluso en su propio despacho). Los mirés hospitalófugos, aunque de duchado y afeitado más remolón, manifiestan una mayor preocupación e interés por su vestimenta, que cambian con más frecuencia y utilizan con más acierto en cuanto a la combinación de colores. La necesidad por otro lado de vagar por la comunidad, lejos de la seguridad y el calor del hospital, es la explicación más probable para su mayor habilidad en el uso del paraguas, su dominio de la obtención de los pases de metro y la presencia estadísticamente más frecuente (*chbicuadradoigualapimedi*) de gabardinas y chubasqueros en sus guardarropías.

La cuestión de la cobertura social, medida por el cuestionario de Goyita *et al* evidenció datos de difícil evaluación. Ambos grupos sufrieron, a lo largo de la residencia, un deterioro de sus condiciones de vida con un evidente grado de deriva social y tendencia a integrarse en ambientes marginales (incluidos los psicoanalíticos). Los mirés hospitalófugos sufrieron esta situación en mayor grado, con un inexplicable e irracional empeño en dejar la casa paterna e independizarse, sumiéndose en la pobreza y en el aislamiento sociofamiliar más penoso. En casos extremos se detectó a mirés en esta situación hartándose de comida hospitalaria y llevándose sobras en bolsas de plástico. Los mirés hospitalarios arrastran por otro lado un mayor grado de estigma social que puede contribuir al aislamiento.

La capacidad de escaqueo parece desarrollarse de forma más armoniosa en los mirés hospitalófugos, con rotaciones en diferentes servicios hospitalarios y comunitarios. Es evidente que la exposición a diferentes ambientes y jefes promueve el desarrollo de habilidades de escaqueo en contextos diferentes. De todas maneras en ambos grupos se identificaron probandos con habilidades innatas para el regateo y probandos que parecen tener imán para tragarse todos los marrones y *pacientes interesantes*.

En cuestión de ligues y farras los mirés hospitalófugos parecen también tomar ventaja. Su paso por los CSM favorece también más

la exposición a francachuelas, congresos y sesiones científicas organizadas por la industria farmacéutica. Por otro lado los mire hospitalocéntricos tienden a tener un menor repertorio de contactos sociales, con mayor frecuencia de ligues y borracheras endogámicas (es decir, con compañeros/as de curro).

La tendencia a dar la tabarra al personal con anécdotas y sucesos de la propia residencia es marcadamente más señalada en los mire hospitalocéntricos. En éstos puede observarse la tendencia a mantener la tradición oral, en la que acontecimientos graciosos, dramáticos o heroicos protagonizados por médicos y pacientes son transmitidos de generación en generación. Esta tradición oral está, desde luego, en riesgo de perderse en estos tiempos en los que las tendencias de formación comunitaria alejan al mir de la benéfica y sabia influencia de sus mayores hospitalarios. Como contrapartida los chistes de los mire comunitarios son mucho más recientes y son contados con mayor desparpajo y riqueza léxica y expresiva.

Finalmente, un hallazgo inquietante. Ambos grupos mostraron por igual un sutil pero claro grado de deterioro cognitivo con afectación de la memoria reciente y remota, confabulaciones y alteración del juicio crítico, con anosognosia. También se observaron síntomas deficitarios con alogia, restricción de intereses y aislamiento social. En casos aislados pudieron detectarse trastornos formales del curso del pensamiento, con incoherencia ideoverbal e incluso neologismos. Estos casos tenían en común experiencias psicoanalíticas lacanianas. En uno de estos individuos se detectó asimismo un franco trastorno por estrés postraumático.

Conclusiones

Una vez analizados los resultados a ojo de buen cubero (que es como en realidad, digan lo que digan, se analizan todos los resultados) podemos decir que ambos tipos de formación tienen sus ventajas e inconvenientes. En general los mire comunitarios desarrollan mayores habilidades sociales, visten mejor, ligan más, se desenvuelven mejor en la calle, cuentan mejor los chistes y cono-

cen más gente. Los mires hospitalarios sin embargo adquieren un mayor bagaje teórico, se benefician más de la tradición oral y mantienen un mayor grado de respeto a sus mayores. Ambos grupos sin embargo sufren un grado similar de deriva social, empobrecimiento y marginalidad, aunque con menor grado de estigmatización social por parte de los mires comunitarios. El deterioro cognitivo y los síntomas negativos observados en ambos grupos son motivo de preocupación y requieren mayores estudios e investigaciones. Se sugiere un próximo estudio comparativo, aleatorizado y doble ciego entre mires psicoanalizados y no psicoanalizados para dilucidar posibles aspectos etiológicos y patogénicos.

Bibliografía

1. Arguiñano K, Arguiñano E. Medida Científica de la Letalidad de las Comidas Hospitalarias: el Test de Arguiñano. Rev Iberoam Ponz Ven Lindan, 1996; 8, 534-578.
2. Txema, José Luis. Poteo Social Skills and Related Items. Rev Interprov Poteo Disc Afin 1993; 34: 44-47
3. Truthmendi V, L´afhorge J. Selfcare Questionary. Comunicación Personal
4. Goyita, Lola, Mariajesús, Petri, Pili y Maribel. Cuestionario de Cobertura Social y de A Ver Cómo Tiene La Casa. Eur Soc Work Magazine 1991; 23: 332-333
5. Thorizes JA, Mertxe. Estrategias de Supervivencia en la Residencia. Dribl Slalom Rev 1987; 15: 33-37
6. Uriarte JJ, Malo P. Adaptative Skills of Surviving in Extreme Situations. Risk Psychiatry 1989; 12. 78-79

(THMJ, 1998)

Caso Clínico

Varón, 40 años, que es traído al Servicio de Urgencias tras una discusión iniciada cuando el paciente preguntaba el precio por metro cuadrado del aeropuerto de Foronda (Vitoria), que pretendía comprar como pista de patinaje para sus hijos, aprovechando que no es utilizada habitualmente para los usos para los que fue concebida (aterrizaje y despegue de aviones).

En la entrevista se muestra consciente, orientado, locuaz y perdonavidas. Su discurso es ordenado, no acelerado y su porte adecuado, aunque llaman la atención ciertas particularidades idiosincráticas, como llamar *agua de Bilbao* a una especie de champán de baja calidad. No se aprecia una relajación de las asociaciones. Expresa su sorpresa por ver que en hospitales distantes más de 50 kilómetros de Bilbao o de Houston se cuente con aparataje de aspecto moderno y con lucecitas. Aunque el tono general de su discurso es grandioso no se detecta sintomatología psicótica. Su capacidad de retención es correcta. Los tests de drogas en orina son negativos para todo tipo de sustancias.

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Episodio maniaco
- b) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- c) Trastorno borderline de la personalidad
- d) Trastorno bilbaino de la personalidad
- e) Gilipollez no complicada

Comentario:

El cuadro descrito no se corresponde con un episodio maniaco. Aunque ciertos elementos guardan un cierto parentesco con dicho trastorno, como la grandiosidad o la verborrea, no se nos habla de insomnio, fuga de ideas, distraibilidad, agitación o implicación excesiva en actividades placenteras potencialmente perjudiciales

(salvo, tal vez, la de tocar las narices al personal del aeropuerto, que en último término le conduce al hospital).

Menos aún podemos aceptar el diagnóstico de trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido. En efecto: no se puede decir que el ánimo del sujeto sea precisamente depresivo, y no se nos comunica ningún factor estresante.

Tampoco existen elementos que apoyen el diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad. Y la gilipollez no complicada no ha alcanzado aún categoría de trastorno como la APA (y la OMS) manda, por lo que si lo ha seleccionado ya puede Ud ir despidiéndose.

El diagnóstico correcto es el de *Trastorno Bilbaino de la Personalidad* (TBP), que algunos autores incluyen dentro de los trastornos de personalidad no especificados.

El TBP es una entidad recientemente descrita, aunque conocida desde tiempos inmemoriales. Consiste en un patrón general de inflación de la autoimagen y sobrevaloración del lugar de origen del paciente (Bilbao), con una notable exuberancia y locuacidad en sus manifestaciones, que comienza en etapas tempranas de la vida y que se manifiesta al menos por cinco de los siguientes criterios:

- 1) Enfrentado a desconocidos o a personas procedentes de otras ciudades, el paciente tarda menos de 15 segundos en comunicar que es de Bilbao
- 2) Un patrón de relaciones personales caracterizado por la alternancia entre la condescendencia y el desprecio hacia las personas que no tienen la fortuna de ser de Bilbao, a las que mortifica con puyas de dudoso gusto
- 3) Alteración de la autoimagen: el sujeto cree ser más alto, o más rico, o más guapo, más inteligente o incluso más bilbaino de lo que es en realidad
- 4) Impulsividad en el área económica, de forma que tiende a mostrar de manera ostentosa su facilidad para gastar dinero, obstinándose en convidar a todo el mundo o comprar todo tipo de cachivaches

- 5) Tendencia a la fabulación, con exposición de anécdotas y hechos grandiosos (que por lo general tienen por protagonista al interesado o a alguna persona allegada pero igualmente bilbaina y que invariablemente se desarrollan en Bilbao). Estos relatos no son delirantes y a menudo se limitan a una exageración desproporcionada de hechos banales.
- 6) Sentimientos crónicos de grandiosidad
- 7) Alteración de la imagen de su ciudad de origen, de la que suele glosar méritos que a menudo son irreales o exagerados
- 8) Ira inapropiada e intensa cuando se contradice su opinión sobre Bilbao
- 9) Comentarios sardónicos y por lo general despectivos en relación con las personas procedentes de provincias limítrofes.
- 10) Toda esta sintomatología es más acusada cuando el paciente se encuentra lejos de Bilbao

El TBP plantea en ocasiones el diagnóstico diferencial con el episodio maniaco; no obstante, existe un test infalible que consiste en devolver al paciente a su lugar de origen, con lo que la sintomatología se apaga espectacularmente. El TBP, por lo tanto, es un trastorno de la ostentación y exhibición -por lo que algunos autores lo incluyen provisionalmente entre los trastornos de personalidad del grupo B-, pero de una ostentación y exhibición tanto más espectaculares cuanto más alejado se encuentra el paciente de su ciudad. Esta obstinación por ejercer de bilbaino en medio extraño ha hecho que algunos estudiosos consideren que nos hallamos ante una forma sutil de trastorno depresivo que se modifica patoplásticamente, en virtud de defensas maniacas, hasta adoptar la forma grandiosa tan conocida por los críticos más avezados. En este sentido, las aportaciones de diversos autores, que han propuesto que la nostalgia es un fenómeno particularmente prevalente entre originarios de lugares montañosos, cobran un especial interés, dadas las particularidades orográficas de Bilbao.

Un síntoma particularmente interesante es lo que podría llamarse la dismorfosis egosintónica del bilbaino, aplicable tanto a su propio esquema corporal como a las características físicas de su ciudad. Así, el paciente tipo está plena y gratamente convencido, sin ningún argumento que lo justifique, de que es el más guapo del mundo, o de que el capítulo de penilargos del Guinness está repleto de bilbainos o, en fin, que no hay en el mundo (leré) puente colgante (leré) más elegante (leré) que el de Bilbao.

Para la escuela guipuzcoana, el TBP es un trastorno perverso y malvado por la comorbilidad que lo distingue, en especial por la asociación, para este grupo indefectible, del TBP con la carencia intelectual. Sin embargo, esta suposición es acientífica y estos autores deberían tener mucho cuidado con las proyecciones que hacen, que se les notan mucho.

La clínica psicosocial asociada es muy severa. Consiste en formas más o menos completas de ruina por gastar ostentosamente más de lo que se tiene, y en enfrentamientos (por lo general verbales) con las personas de provincias limítrofes, a los que el bilbaino suele dedicar epítetos tan peculiares e hirientes como patatero, cantabrón o guipuzcoano.

La etiología del TBP no está esclarecida. Las teorías genéticas no son satisfactorias, dado que gran parte de los afectados no son bilbainos con pedigree (es decir: sus raíces familiares no son bilbainas). Las teorías ambientales-connatales, que relacionan el trastorno con la exposición en la vida intrauterina a los abundantes tóxicos de la atmósfera bilbaina tampoco resultan válidas, ya que muchos bilbainazos ni siquiera han nacido o han pasado su vida intrauterina en Bilbao.

De mayor interés resultan las teorías sobre la exposición a tóxicos en la vida postuterina. Para explicar el fenómeno central del trastorno (esto es: su manifestación clínica cuando el sujeto está fuera de Bilbao) se ha propuesto que en la atmósfera de la ciudad existe alguna sustancia tóxica de la que el bilbaino se hace dependiente, de tal manera que el cuadro consistiría más bien en un sín-

drome de privación de esa sustancia putativa y sucia a la que denominan bilbainina. Es ilustrativo recordar al efecto que se han descrito casos de remisión del cuadro al de muchos años de alejamiento de Bilbao, lo que podría corresponderse con una especie de desintoxicación a pelo y muy paulatina de la bilbainina.

Desgraciadamente no existe aún un tratamiento satisfactorio para el TBP. Actualmente el único abordaje consiste en devolver al individuo a su redil. Sin embargo, las medidas preventivas parecen esperanzadoras. Entre ellas ocupa un lugar destacado la propuesta de exponer a los bilbainos alevines a otros lugares y colectivos, de manera que puedan apreciar los valores humanos y culturales de otras colectividades. La experiencia de Bilbao y cols con un grupo de 50 púberes parece confirmar los buenos resultados de esta medida y descarta que la exposición intermitente a la bilbainina se traduzca en una exacerbación del cuadro.

(THMJ, 1998)

Definición de paso cebra. Un problema epistemológico

T. P. Mulligan

Summary: *This paper is an attempt to clarify the concept and definition of crosswalk. The author reviews the history, bibliography, theories and boundaries of this elusive object to conclude with his personal point of view about this unresolved question. The main point is that many more studies are needed because conclusive data are missing.*

Resumen: *Este trabajo es un intento de clarificación del concepto de paso cebra o paso de peatones. Aunque, al final, el autor no puede ser concluyente lo que sí hace es dar su visión personal. Desde su punto de vista, los pasos de cebra existen aunque sean difíciles de definir. Sin embargo, son necesarios más estudios al respecto.*

Introducción

Hace poco tiempo, un amigo mío fue atropellado en un paso cebra. Muchos peatones estaban cruzando un concurrido paso cebra y mi amigo, que tenía mucha prisa, pasó raudo y veloz adelantando por la parte exterior izquierda del paso cebra al resto de viandantes con tan mala fortuna que fue atropellado por un conductor despistado. En el juicio posterior, el conductor adujo en su defensa que mi amigo no estaba cruzando en realidad por el paso cebra sino por la carretera y el juez acabó dándole la razón con lo que mi amigo no pudo cobrar ningún tipo de indemnización.

Sensibilizado por este acontecimiento, decidí realizar un estudio científico de la cuestión cuyos resultados presento aquí en esta insigne revista y presentaré también como perito cuando se vea el recurso que ha presentado mi amigo ante los tribunales.

Historia de los pasos cebra

En lo referente a la historia de los pasos cebra podemos definir dos periodos: La Epoca Antigua y La Epoca Moderna. En la Epoca Antigua no existen problemas con el concepto de paso de cebra. En tiempos de los griegos y de los romanos existían los pasos de peatones como puede observarse por ejemplo en Pompeya (observación personal del autor). Allí los pasos de cebra son unos adoquines que unen una acera con la otra dispuestos de forma que la persona puede caminar sobre ellos sin caer a la calzada (llena de pis y caca, por cierto) dejando a la vez espacio suficiente para que los carros puedan circular sin dificultad. Por lo tanto, Aristóteles (1) no tiene ningún problema en definir el paso de peatones como : “el objeto que te permite cambiar de acera sin caer en la mierda”. En toda la época antigua y medieval las cosas siguen muy claras por lo que vamos a afrontar el problema que surge en la época Moderna y en particular en el siglo XX. En esta época surgen los vehículos a motor que en un principio circulan por los mismos caminos que los carros y animales pero pronto surgen las carreteras de asfalto y el campo y las ciudades se llenan de coches circulando a velocidades nunca antes conocidas y comienzan a caer peatones bajo las ruedas de estos vehículos como moscas. He realizado una búsqueda bibliográfica a través de Medline pero no he encontrado ni un solo artículo que pudiera aclararme quién inventó el paso de cebra, en qué país se originó y cómo se ha ido definiendo y conformando hasta llegar a ser lo que todos ahora conocemos (tal vez los agudos lectores del Txori-Herri puedan aportar datos a este respecto, que agradeceré enormemente). De lo que sí puedo aportar información es de las Teorías explicativas del paso de peatones y del problema metafísico que plantean.

Teoría Explicativas

El problema planteado por mi amigo es el siguiente: un paso cebra...¿es sólo la porción real de calzada marcada con unas rayas de color para que pasen los peatones o es un espacio virtual definido por la masa de peatones que esté cruzando por un punto en un determinado momento?. Si, por ejemplo, en un paso de peatones muy concurrido –como era el caso de mi amigo– cierto número de peatones se ve obligado a salirse materialmente de las raya pintadas en la calzada, ¿se puede decir que están cruzando un paso de peatones? La cuestión parece una tontería pero no lo es porque tiene tremendas implicaciones legales, económicas y de salud (que se lo digan a mi amigo que se desplaza ahora en silla de ruedas) y si usted, lector, es también peatón se habrá dado cuenta ya de las veces que esta circunstancia se presenta.

Las escuelas filosóficas que han estudiado este tema se pueden clasificar al final en dos bandos antagónicos: La escuela de los Conductores, que concibe el paso de cebra como una porción de carretera por la que cruzan los peatones y la Escuela de los Peatones, que considera el paso cebra como una porción de acera por la que cruzan coches. Ambas posturas permanecen irreconciliables desde que ocurrió el primer atropello (fecha desconocida, probablemente a finales del siglo pasado) y la influencia de ambas escuelas varía también según el ámbito geográfico. Por ejemplo, en el Reino Unido, siempre ha dominado la escuela de los Peatones y bastaba que un peatón hiciera ademán de cruzar para que los coches se detuvieran permitiendo su paso. En los países latinos (España, Italia...) ha predominado siempre la otra teoría y los pasos de cebra se han juzgado siempre como un lugar idóneo para demostrar la habilidad del conductor con el volante. Cruzar a toda velocidad sorteando a los peatones sin derribar ninguno se ha considerado siempre muy “macho” y un signo de gran prestigio. No ser capaz de hacer esto y tener que parar para dejarles pasar ha sido visto tradicionalmente como un signo de debilidad (algo realizado fundamentalmente por mujeres, para entendernos). Los

estereotipos están cambiando pero, en líneas generales, se puede decir que así han sido las cosas hasta la fecha.

Entonces, y volviendo al problema de mi amigo, tenemos también dos posturas: la escuela de los conductores considera que el paso de cebra es exclusivamente el paso pintado mientras que la de los Peatones afirma que el paso de cebra es el lugar por el que estén cruzando los peatones.

El autor que mejor ha estudiado el tema de una manera imparcial es Sugar Ray Benitez (2) que concluye su seminal trabajo sobre pasos de peatones después de recorrerse los 5 continentes, afirmando la existencia del Espectro Cebriforme. Según este autor, además del paso cebra físico pintado en la calzada, existe una zona alrededor del mismo que tiene la misma función que el paso cebra (permitir el paso de los peatones) y que el uso y la costumbre considera perteneciente al paso cebra. Lo que no define el autor es hasta dónde abarca este espacio. Amparándose en esta teoría, cualquiera que estuviera cruzando por el medio de la calle a 50 metros del paso cebra más cercano podría decir que cruzaba en realidad por el espacio cebriforme de dicho paso. Su discípulo, Ray Sugar González (3), avanzó un paso más en esta dirección limitando el paso "cebriforme" a una distancia que no debía sobrepasar la mitad de la anchura del paso cebra "real".

Los criterios operativos de paso cebra. El DGTM-IV

Ante la confusión reinante en todo este tema, la Dirección General de Tráfico Mundial decidió tomar cartas en el asunto y tras muchas horas de discusión, publicó unos criterios operativos comunes aplicables en todos los países para que quedara claro definitivamente lo que es un paso cebra. Estos criterios se han revisado varias veces estando en vigor actualmente los llamados DGTM-IV. Pasamos a transcribir dichos criterios (4):

"Cuando la circulación de vehículos sea intensa, las autoridades competentes señalarán unas zonas destinadas al cruce de peatones por la calzada, con los siguientes criterios:

- A. Se pintarán unas líneas de gran anchura, dispuestas en bandas paralelas al eje de la calzada y formando un conjunto transversal a la misma.
- B. La anchura del paso podrá ser variable en función de la intensidad de paso de peatones pero no será inferior a 4 metros
- C. El color puede ser variable pero se preferirán el blanco y el amarillo evitando los tonos escandalosos o de mal gusto. (El lila y los floreados quedan prohibidos)
- D. Se puede poner semáforo en los pasos de cebra. Si hay semáforo se seguirán sus indicaciones; si no lo hay tendrá prioridad para cruzar el primero que llegue (si llegan a la vez vehículo y peatón, que Dios reparta suerte).
- E. Queda prohibido pararse a charlar, merendar, traficar con droga o armas o hacer el amor en los pasos de cebra. Los peatones pasarán rapidito y nunca dedicarán gestos despectivos o “toreros” a los conductores de los vehículos según se pasa. Los conductores, a su vez, tienen prohibido acelerar en punto muerto o meter miedo con falsas salidas a los peatones que se encuentran cruzando en esos momentos.
- F. Si está presente un agente de la autoridad, sus órdenes tienen prioridad sobre lo que diga el semáforo. El policía puede hacer detenerse a los coches donde quiera y dejar pasar a los peatones por donde considere oportuno. Si dice que los peatones pasen por tal o cual sitio, aquel lugar deberá ser considerado, a todos los efectos, un paso de peatones (aunque no tenga rayas ni nada).

Como puede verse, los criterios operativos son bastante concretos pero, a la vez, dejan muchas zonas sin clarificar: las medidas exactas, por ejemplo, y dejan mucho margen de maniobra a los agentes de la autoridad con la dosis de variabilidad intersubjetiva que ello implica.

No han tardado en alzarse voces críticas al DGTM-IV, en particular la de Claudio Roberto Fernandez (5), que han llegado a negar la posibilidad de definir claramente los pasos de cebra mientras éstos sigan siendo rayas pintadas sobre la calzada y propone su

transformación en puentes o túneles separando así físicamente la parte de calzada y la parte de acera para que no haya ninguna duda.

Conclusiones y Perspectivas Futuras

La cosa está muy liada y no hay datos objetivos concluyentes al respecto pero yo creo que:

1. Los pasos de cebra existen aunque sus límites sean imprecisos
2. Los pasos de cebra son una realidad dual física y virtual incluyendo una zona no pintada alrededor del paso propiamente dicho. Esta zona es variable y depende de la intensidad del tráfico de peatones y vehículos.
3. Son necesarios más estudios que nos aclaren a todos lo que es y lo que no es un paso de cebra.

Bibliografía

- 1.- Aristóteles. Un paso de cebra es un paso de cebra. *Pelopon Metab Hyperbol Affairs* 315 aJc; 27: 546-678
- 2.- Sugar Ray Benítez. Un paso de cebra es el paso de cebra y parte de lo que hay alrededor del paso de cebra. *Stramb Metaph Abstracts* 1958; 106: 20-29
- 3.- Ray Sugar González. Un paso de cebra es un paso de cebra y parte de lo que hay alrededor de un paso de cebra pero tampoco mucho más” *Emotion Pictoresque Iss* 1962; 420: 35 526
- 4.- DGTM-IV. Un paso de cebra es lo que yo digo y se acabó el tema. *Manual Diagnóstico y Terapéutico de los Trastornos del Tráfico*. Wilkins and Wilkins. Nueva York 1980.
- 5.- Fernández CR. Sólo Dios sabe lo que es un paso de cebra así que olvidémonos de ello y construyamos puentes y túneles. *ExYugoslav Reum Papers* 1985; 363:14-26

(THMJ, unpublished)

Diagnóstico psiquiátrico por medio de GPS

P. Pitiklinov

Dime por dónde andas y te diré quién eres.

—refrán popular

Sumario: *Presentamos aquí los resultados del primer estudio llevado a cabo en el mundo en el que se ha utilizado la tecnología GPS (empleada normalmente para determinar la posición de objetos vía satélite) para realizar diagnósticos psiquiátricos. Se concluye que la conducta motora y la marcha del paciente psiquiátrico aporta una información tremendamente útil para el diagnóstico psiquiátrico por lo que, a partir de este momento, debería utilizarse de forma sistemática.*

Summary: *We present the first study in the world using GPS to diagnose mental disorders. The results are as good that we believe GPS must be systematically used by psychiatrists all over the world.*

Introducción

A pesar de los últimos avances, el diagnóstico psiquiátrico sigue siendo un área conflictiva y llena de incertidumbres necesitada de todas las ayudas que puedan proporcionársele. Sin embargo, los sesudos psiquiatras nos hemos puesto a mirar el inconsciente o los ventrículos cerebrales y hemos desdeñado otros signos observables directamente en el paciente como la marcha y la conducta motora, cosas que la medicina clínica tradicional siempre ha valorado. Ahí tenemos ejemplos como la marcha del segador de los hemipléjicos o la marcha parkinsoniana por citar dos ejemplos. Sin embargo fijarse en esas menudencias no ha resultado nada atractivo para los psiquiatras aunque esperamos que después de la publicación de este seminal trabajo las cosas empiecen a cambiar.

Material y Métodos

En los últimos tiempos se ha popularizado una tecnología, el GPS, que determina la posición geográfica de un objeto por medio de satélite y se viene utilizando para localizar barcos, para orientarse en expediciones, para encontrar personas que se pierden y dentro de poco va a ser equipamiento de serie en los automóviles a los que va a ir indicando, con la ayuda de mapas, la ruta por la que deben ir. Pues bien, nosotros hemos empleado esta tecnología para seguir los movimientos de nuestros pacientes desde nuestro departamento. El procedimiento es el siguiente: se les instala un chip en la suela de unos zapatos especiales, marca ACME, que han sido diseñados específicamente para este trabajo. Se trata de unos bonitos zapatos en piel bovina que llevan incorporados un microprocesador con un emisor el cual registra los incidentes de la marcha del sujeto y los envía en tiempo real vía satélite a un ordenador ubicado en nuestro departamento. Disponemos de varios modelos de zapato tanto de hombre como de mujer que cubren toda la gama de gustos del paciente (náuticos, italianos, inglés, deportivos y hasta plataforma...) así como de todas las tallas y colores. Algunos de los parámetros registrados por el microprocesador son:

- velocidad de marcha
- cambios de dirección y sentido
- longitud de la zancada
- presión ejercida sobre el suelo
- superficie de la suela que más apoya en el suelo
- pisotones dados o recibidos
- tropezones con objetos
- desgaste sufrido por los zapatos
- porcentaje de tiempo en reposo

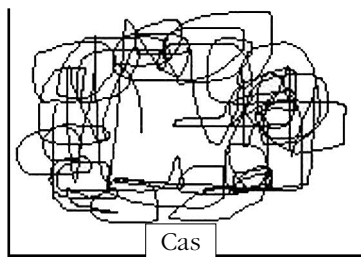
Los zapatos fueron utilizados durante un mes por todos los pacientes de nuestro servicio a los que se informó debidamente de los objetivos de nuestro estudio y firmaron el correspondiente consentimiento informado. Como recompensa por su colaboración se les regalaban los zapatos al finalizar el estudio.

La única escala utilizada en este trabajo ha sido la ICGEZ (la Impresión Clínica Global del Estado de los Zapatos) que puntúa del 1 al 5 según el estado de desgaste y conservación, limpieza, etc., de los mismos. Además de estos datos, y con la ayuda de un mapa de nuestra ciudad, el emisor nos mantenía informados de la situación de los pacientes en todo momento.

Resultados

Los resultados han sido tremendamente consistentes porque cada categoría diagnóstica ha presentado un patrón homogéneo de conducta espaciomotora. La concordancia ha sido total (100%) lo que nos permite afirmar con rotundidad que simplemente con el estudio geoposicional del paciente se puede realizar un diagnóstico certero de su proceso psiquiátrico. Vamos a presentar a continuación los patrones que llevamos elaborados hasta el momento dejando para futuras publicaciones otras categorías diagnósticas sobre las que estamos trabajando en la actualidad:

Manía: La marcha maníaca se caracteriza por el gran número de kilómetros recorridos, así como por los continuos cambios de dirección. Permanecen poco tiempo en el mismo lugar y la velocidad de cruce es la más alta de todas las categorías. También hay que decir que aparecen poco por casa. Algunos de los pacientes nos gastaron cuatro pares de zapatos en un mes (el estado de los zapatos al de una semana era lamentable, según reflejaba la puntuación del ICGEZ). El gráfico geoposicional es el siguiente:



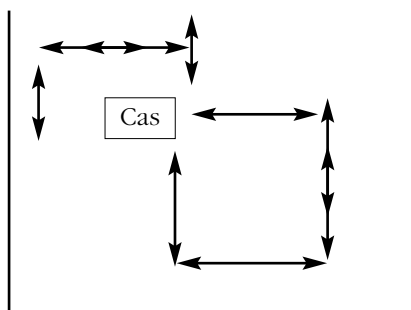
Depresión: Las características de la marcha depresiva son: velocidad de cruce baja, arrastran los pies al andar (desgaste de suela elevado), y escasos kilómetros recorridos. Si además existe melancolía, el paciente no sale de casa por lo que es necesario poner el chip en las zapatillas en lugar de los zapatos y la imagen geoposicional es prácticamente un punto:



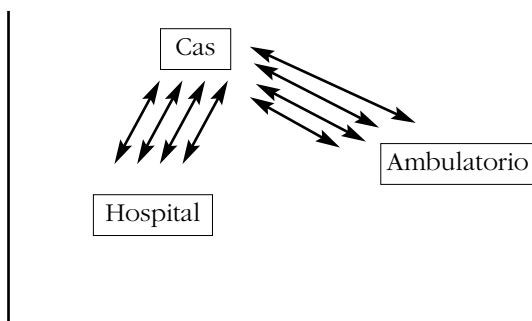
Agorafobia: La marcha agorafóbica se caracteriza por una velocidad variable que es menor cuando el sujeto se aleja de casa y mayor en el trayecto de vuelta (suponemos que por las ganas de llegar a casa y refugiarse). Sin embargo el rasgo patognomónico es que se producen unos pequeños desplazamientos laterales debidos a la sensación de mareo e inestabilidad tan típica de este trastorno por lo que la imagen del satélite muestra un trazo tembloroso característico:



Trastorno Obsesivo-Compulsivo: La marcha del obsesivo se caracteriza porque utiliza siempre el mismo itinerario o recorrido aunque se producen continuos cambios de sentido: vuelve para atrás de nuevo hacia delante, etc., lo que no es otra cosa que el reflejo de la continua duda obsesiva. También hay que decir que los zapatos al final del mes estaban más limpios y relucientes que si fueran nuevos consiguiendo la mejor puntuación en la ICGEZ:



Hipocondría: En la hipocondría los patrones de marcha no se diferenciaban mucho de los de los sujetos normales salvo por el hecho de las repetidas visitas al ambulatorio y al hospital observables en la imagen del satélite:



Trastorno Antisocial de la Personalidad: Las características principales de la marcha psicopática son:

- aumento del número de pisotones a otras personas
- aumento del número de golpes y patadas a piedras y a otros objetos.
- Imposibilidad en todos los casos de realizar la ICGAZ ya que casi todos los sujetos vendieron los zapatos al de pocas horas o días de aceptar participar en el estudio y ninguno apareció por el departamento al de un mes.

Otros Trastornos: En la actualidad estamos analizando los datos de otros trastornos que publicaremos en el futuro. En particular nos está planteando muchos problemas la Esquizofrenia donde los resultados son muy variables. No hemos podido encontrar un patrón típico representativo y la explicación puede ser que se trata de una categoría heterogénea y de un diagnóstico poco fiable. No es lo mismo la marcha de un esquizofrénico paranoide que la de un hebefrénico o la de un esquizofrénico crónico con respecto a la de un brote agudo. En algunos casos agudos no hemos sido capaces de colocarles los zapatos; los paranoides dijeron sentirse controlados por un ordenador puesto en sus zapatos y se los quitaban, etc. La marcha variaba también enormemente según estuvieran o no medicados los pacientes, la dosis y tipo de medicación...Como decíamos al principio, tenemos actualmente en marcha un estudio dirigido a estudiar esta categoría diagnóstica y sus diferentes subtipos.

Discusión y Conclusiones

Aunque se trata de unos resultados preliminares y limitados todavía a algunas categorías diagnósticas, creemos que la validez de los mismos es irrefutable. Los errores diagnósticos son inexistentes y la significación estadística total. Creemos que el GPS debe entrar a formar parte del armamentario diagnóstico psiquiátrico al mismo nivel que la RMN la TEP o los test neuropsicológicos.

(THMJ, unpublished)

Urbanidad en la mesa en un grupo de psiquiatras y profesores universitarios de Psiquiatría.

Comando Dondelasdan, de la Facultad de Medicina de X

Dondelasdan@upv.org

Resumen: Introducción: Es ingente la cantidad de trabajos publicados que utilizaron como muestra o probandos a estudiantes de Medicina. Sin embargo, es sorprendente la carestía de investigaciones centradas en médicos ya licenciados o en profesores universitarios. Métodos: Aprovechando la celebración de un congreso se reunió una muestra de psiquiatras en la que se encontraban profesores universitarios de diverso rango y un amplio colectivo de psiquiatras de a pie. Para reclutarlos se les invitó a una cena con una formalidad previa que consistía en rellenar una serie de cuestionarios diseñados para la ocasión, que incluían un somero inventario demográfico y profesional. Asimismo, durante la cena se recogió información sobre actitudes en la mesa. Resultados: Los participantes rellenaron los cuestionarios sin chistar, con una tasa de respuesta del 100%. Más del 50% de los probandos desconocían si su pan era el de la derecha o el de la izquierda y un porcentaje ligeramente inferior confundió la copa de vino con la de agua. Un 67% reconoció haber asistido a más de seis cenas sponsorizadas en los doce meses previos. Por lo general, se asoció una mayor compostura en la mesa al rango académico y a la experiencia en este tipo de eventos. Interpretación: Es posible valorar rasgos específicos en probandos psiquiatras, incluidos profesores universitarios. Asistir a cenas congruales mejora los hábitos de los psiquiatras.

Palabras clave: Pan, pichigüili, profesor universitario, estudio chorra con estudiantes indefensos, copa de vino, palillo

Abstract: *Introduction:* There is an impressive research made out from experiences with medical students. However, there is a scarcity of research conducted on MDs or university teachers. *Methods:* On occasion of a congress, a sample of psychiatrists, including a variety of university teachers and a large group of plain psychiatric practitioners, was collected. For recruiting purposes, all of them were offered a dinner and were administered an inventory on their way to the restaurant. Also, during the dinner, information on attitudes at the table was gathered. *Results:* Probandes were absolutely compliant, with a response rate of 100%. More than 50% of our sample were unable to determine if their bread was the one at their right or that at their left, and a mildly smaller percentage mistook the wine glass for the water glass. 67% acknowledged their attendance to more than six sponsored dinners in the last six months. As a general rule, an association between better habits at table and a higher academic rank and a greater experience in this kind of events could be found. *Interpretation:* It is possible to assess specific features in a psychiatric (from psychiatrists) sample including university teachers. Attending congress dinners improves psychiatrists' demeanour.

Key words: *Bread, freebie, university teacher, stupid study on helpless students, wine glass, toothpick.*

Desde hace años, la literatura psiquiátrica patria viene recogiendo notabilísimas aportaciones, fruto de los esfuerzos denodados de estudiosos de las características de los alumnos de Medicina. Buena parte de los trabajos se han centrado en estudiantes de Psicología Médica, que presentan unos rasgos que les convierten en una pieza fácil de tales estudios (Tabla 1), que a su vez pueden clasificarse en varios grupos (Tabla 2).

TABLA 1: Elementos de los estudiantes de Medicina (y en especial, de los alumnos de Psicología Médica), que les hacen presa fácil de estudios chorras

1. Disponibilidad
2. Inexperiencia
3. Imposibilidad de rebelarse por el miedo al suspenso
4. Profesorado ávido de engordar su curriculum

Modificado de Logan y cols (1)

TABLA 2: Estudios realizados con estudiantes de Medicina

- A) Por su contenido
 1. Estudios de validación de escalas
 2. Estudios sobre características psicológicas de los alumnos
 3. Estudios sobre actitudes de los alumnos frente a la psiquiatría, la enfermedad psiquiátrica o los pacientes psiquiátricos
 4. Otros
- B) Por su categoría científica
 1. Prescindibles
 2. Absurdos
 3. Fútiles
 4. Chorras, sin más

Modificado de Smith y cols (2)

No obstante, y a pesar de lo mucho que han contribuido al avance de la Ciencia y del saber humano todas estas aportaciones, hemos constatado una preocupante carestía de trabajos centrados en psiquiatras en general y en profesores universitarios en particular. Con Pitiklinov y cols consideramos que existen una serie de

factores que pueden justificar este desierto científico (Tabla 3), factores que, por otra parte, es muy difícil corregir y compensar en un setting de investigación convencional.

TABLA 3: Motivos por los que es difícil realizar estudios sobre psiquiatras y profesores universitarios de la especialidad

1. No se dejan
2. Dificultades técnicas y éticas del homoestudio
3. Ausencia de incentivos científicos

Modificado de Pitiklinov y cols (3)

Por este motivo, y con el fin de cubrir en lo posible tan lamentable carencia, diseñamos la investigación que se describe en el presente trabajo.

Material y Métodos

El diseño de este trabajo se llevó a cabo en el bar de estudiantes de la Facultad de Medicina de X, y participaron en el mismo un total de 20 autores. No se solicitó el visto bueno del comité ético de investigación local porque no lo iban a dar y porque la sorpresa al ver que alguien se dirigía a ellos podría reportarles graves reacciones postraumáticas.

Durante la celebración de un conocido curso – congreso anual de creciente resonancia científico – gastronómica en una ciudad de provincias, dos de los autores se hicieron pasar por asistentes al congreso, y además de recoger pichigüilis en el stand del laboratorio en c.s.p. llenar tres bolsas de plástico semirrígido con asas de cordel, obtuvieron de los delegados del laboratorio Lachorra Inc la valiosa información de que su empresa iba a agasajar a los asistentes al congreso con una cena esa misma noche. En una hora valle, en la que las salas del congreso registraban una nula asistencia (durante la fase

postprandial de la comida de trabajo de la mañana), tres de los autores, camuflados con máscaras de conocidos próceres de la Psiquiatría (Kraepelin, Freud y Schneider, don Kurt), tomaron al asalto el stand del laboratorio, redujeron a los delegados y los ataron y amordazaron con vendas convencionales y esparadrapo antialérgico, recluyéndolos en el cuarto de las escobas, no sin antes haberles despojado de sus trajes de faena, con los que se vistieron.

En lo sucesivo, y para no despertar sospechas entre los asistentes, los tres autores se despojaron de las máscaras y parapetados tras el mostrador del stand, se dedicaron a repartir pichigüilis entre los asistentes y a destacar sotto voce los perniciosos efectos secundarios de los competidores de Panfilón® (no pasar de los diez aciertos en la quiniela, en el caso del Destristín® y descomposición de la goma de los calcetines, con penosos resultados estéticos, en el caso de la felicitina).

Llegada la noche, el colectivo de autores, junto con los asistentes a la cena (N= 152), se desplazó a un conocido restaurante de la ciudad. En cada uno de los tres autobuses (Autobús A, con 56 probandos; autobús B, con 50 probandos y autobús C, con 46 probandos) montaron dos de los autores, cuya misión fue entregar a los probandos unos cuestionarios elaborados previamente, presentándolos como una información muy relevante y de gran interés para futuras indicaciones terapéuticas del Panfilón®. Los cuestionarios incluían información demográfica que por poder resultar sensible, se recogía sin identificar a quien la aportaba, y junto con ésta, un inventario desarrollado al efecto, el ICVC (*Inventario sobre la Colocación de Vasos y Copas*) (4) y una encuesta sobre asistencia a eventos científico – gastronómicos (ECG) en los doce meses precedentes.

Llegados al restaurante, los probandos fueron colocándose de manera no aleatoria en una serie de mesas (N= 12), de diversa forma y con un número de sillas variable (media: 12,44; ds: 3,54). Los autores no se sentaron a cenar y procedieron a completar unos instrumentos, igualmente diseñados para la ocasión: *Escala de Actitudes en la Mesa* (EAM) (5), *Inventario de Utilización de Palillos y otros Instrumentos Ad Hoc* (IUPOIAH) (6) y *Checklist Procedural de*

Empleo de Servilleta previo a la Ingesta de Líquidos (CPESIL) (7). En relación con este último instrumento se valoró la posibilidad de complementar sus resultados con un estudio cromatográfico de los cantos y bordes de las copas, pero dificultades técnicas insolubles impidieron llevar a cabo tan sugestivo experimento. Terminada la cena y en el tercio de rancheras y jotas los autores pusieron pies en polvorosa, no sin antes liberar a los delegados del laboratorio junto a la caja del establecimiento.

Los datos estadísticos fueron analizados con cuidado. En un principio se consideró invitar a participar en el estudio al empollón de Martínez, que tiene matrícula en Bioestadística, pero finalmente se desechó esta posibilidad porque sus comportamientos pelotas nos hicieron sospechar que podría pasar información a los probandos, en especial, a los docentes de nuestra facultad, con un riesgo de suspenso en Psicología Médica y en Psiquiatría asociado que los autores no estaban dispuestos a asumir.

Resultados

Un total de 113 (74,32%) asistentes era de sexo masculino, frente a 39 (25,67%) probandos de sexo femenino. La edad media fue de 48,32 años (25-69). Se pudo estratificar la muestra en categorías (Tabla 4) y por su experiencia en ECG (Tabla 5). Dos terceras partes de los probandos (N= 102) habían asistido a seis o más ECG en los doce meses previos.

TABLA 5: Estratificación de los probandos por categorías

- Catedrático
- Profesor Titular
- Jefe de servicio
- Jefe de sección
- Adjunto con pretensiones
- Adjunto baldragas

TABLA 6: Estratificación de los probandos por experiencia en ECG en los 6 meses previos

- Asistencia a un ECG: 2
- Asistencia a dos ECG: 6
- Asistencia a tres ECG: 10
- Asistencia a cuatro ECG: 15
- Asistencia a cinco ECG: 17
- Asistencia a seis ECG: 20
- Asistencia a siete ECG: 24
- Asistencia a ocho ECG: 20
- Asistencia a nueve ECG: 22
- Asistencia a diez o más ECG: 16

Los resultados de las escalas, inventarios y checklists administrados arrojaron unos resultados medios pobres, con mejores puntuaciones en psiquiatras de rango académico elevado y en los muy experimentados en ECG.

Hubo una mayor participación en el tercio de jotas y rancheras entre el colectivo más joven y de menor experiencia en ECG, y los que mejor se colocaron el cachirulo fueron los representantes del Txori – Herri Medical Center, en Bizkaia.

Discusión

Que nosotros sepamos éste es el primer estudio que invierte los papeles habituales, ya que utiliza una muestra de psiquiatras y de profesores de la asignatura y está realizado por estudiantes. Hemos llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos habituales, y entre 1966 y 2001 no nos aparece ningún trabajo similar.

Es posible que nuestra aportación sea criticada por centrarse en un aspecto relativamente colateral, como es el de los hábitos en la

mesa de los psiquiatras. En un principio pensamos en remedar los estudios que sufren los alumnos, por lo que consideramos la posibilidad de hacer un estudio sobre actitudes frente a la enfermedad mental, o un análisis de la salud mental de los participantes, pero desechamos la idea porque el diseño de nuestra intervención requería un factor sorpresa que se eliminaría si pasamos instrumentos como, por ejemplo, el SCL-90, que tal vez sea conocido por alguno de los probandos. Por otra parte, consideramos que dado que una parte relevante de la actividad vital y profesional de los psiquiatras consiste en asistir a los ECG, cualquier estudio que arroje luz y aporte datos al respecto contribuirá a un mejor conocimiento del colectivo y dará un significativo impulso al avance de la Ciencia, comparable, tal vez, al que ha supuesto la bibliografía sobre estudiantes de Medicina.

Una crítica que puede formularse a nuestra investigación es que la muestra podría no ser representativa del colectivo de psiquiatras. Es posible que haya algún psiquiatra mutante que no asista a ECG o incluso algún raro ejemplar que no arrample pichigüilis. No obstante, creemos que no es arriesgado aventurar la hipótesis de que tales raras avis, si existen, están lejos de ser representativas del colectivo, que se caracteriza, antes bien, por asistir a este tipo de eventos, en especial si son subvencionados. Concedemos que esta apreciación nuestra pueda ser tildada de algún sesgo, pero mientras no haya estudios adecuadamente diseñados que demuestren lo contrario, entendemos que la asistencia a ECG es una conducta habitual y gregaria de la especie de los psiquiatras, como ha quedado demostrado en el cuestionario que administramos a nuestra muestra.

A pesar de todo, podría darse la circunstancia de que los asistentes a nuestro ECG no sean representativos del conjunto de psiquiatras asistentes a ECG. Esta objeción, creemos, es razonable, y debe suponer a la vez una invitación y un reto para que otros comandos de estudiantes de Medicina realicen sus propias investigaciones que confirmen o refuten nuestros hallazgos.

Los resultados de nuestra experiencia arrojan algunos datos de interés. Por ejemplo, el sexo femenino sigue siendo minoritario entre los asistentes a ECG, a pesar de que cada vez hay más mujeres en la profesión. Tal vez esto se deba a las cargas familiares, aún asimétricamente repartidas en nuestra sociedad, de forma que mientras el psiquiatra macho puede permitirse acudir a ECG las psiquiatras hembras deben dedicar su tiempo libre a atender a la camada. No obstante, esto no deja de ser una hipótesis que habrá que contrastar en futuros trabajos.

Se aprecia una marcada discordancia entre la edad mínima reconocida (que denotaría categoría profesional de MIR) y el no reconocimiento de pertenencia a este estamento. De hecho, quince personas refirieron tener 28 ó menos años, pero ninguno reconoció ser MIR. Sugerimos dos hipótesis alternativas para explicar esta discordancia. Puede ser, por una parte, que haya psiquiatras coquetos que dicen tener una edad más baja que la que realmente tienen. Otra explicación es que como en ocasiones los MIRes no son invitados a los ECG nuestro subgrupo de menos edad ocultara su pertenencia a este colectivo con el fin de poder colarse en la cena.

Los hábitos de los psiquiatras en la mesa son deficientes. Más del 50% de los probandos desconocían si su pan era el de la derecha o el de la izquierda y un porcentaje ligeramente inferior confundió la copa de vino con la de agua. Se nos antojan especialmente preocupantes el 28,28% (N= 43) de participantes que colocaba los codos en la mesa al comer, el 23,02% (N= 35) que sorbía ruidosamente la crema de mariscos o el vino y el 21,71% (N= 33) que no se limpiaba los labios (vulgo: morro) antes de beber, dejando unas marcas francamente inestéticas y en ocasiones repugnantes en el canto de las copas. También nos parece inquietante que un 13,81% (N=21) hurgue con palillos o instrumentos similares en su boca, lo que no sólo implica unos hábitos guarros, sino una deficiente conservación de su dentadura, derivada tal vez de una higiene oral inadecuada. No hemos querido analizar el porcentaje de fumadores con el fin de evitar el oprobio y la criminalización del colectivo de psiquiatras.

Los psiquiatras más expertos en ECG y los profesores universitarios (que en general son los más veteranos en este tipo de eventos) eran los que se comportaban más decorosamente en la mesa, hallazgo que interpretamos como fruto de su mayor experiencia en ECG. También parecían menos zafios los que se sentaban en la proximidad de los más expertos en ECGs, cuyas conductas mimetizaban. Así pues, en lo que se refiere a hábitos en la mesa, parece ser cierto que la experiencia es madre de la ciencia. Este hallazgo abre la puerta a la esperanza, ya que sugiere que a base de asistir a ECG los psiquiatras irán aprendiendo cuál es su pan, cuál es la copa de vino, que no deben colocarse los codos en la mesa o, incluso, que hay que limpiarse el morro antes de libar de la copa. Debemos reconocer que la carencia de un experto en estadística nos ha privado de analizar con detenimiento si hay psiquiatras irrecuperables que siguen exhibiendo hábitos deleznable a pesar de tener muchos ECGs a sus espaldas.

Este hallazgo, que consideramos de trascendental importancia, nos invita a plantear como colofón una propuesta audaz que la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) debería considerar. No es apropiado que un colectivo socialmente respetable como es el de los psiquiatras de la nota en la mesa. Puesto que parece imposible que dejen de recoger compulsivamente pichigüilis, cuando menos deberíamos intentar mejorar sus hábitos gastronómicos. Para ello, y puesto que una parte importante de la vida del colectivo tiene lugar en torno a una mesa, sería útil que en el programa docente de la especialidad se establezcan sesiones teórico – prácticas que instruyan al respecto a los psiquiatras. Estas sesiones deberían disponer del adecuado contrapunto de un sistema de evaluación de cumplimiento de objetivos en forma de un breve examen final que analizara el comportamiento del individuo en la mesa. Dejamos a criterio de la CNE el castigo al MIR que no alcance la suficiencia en este examen, pero proponemos dos alternativos: no darle el título de especialista o prohibirle asistir a ECG hasta que alcance la suficiencia en exámenes de repesca que podrían ser de periodicidad anual.

Por último, creemos que hemos abierto una fecunda veta científica, y animamos a otros estudiantes a que profundicen en la rama del Saber que acabamos de inaugurar. Por nuestra parte, intentaremos en el futuro diseñar un estudio longitudinal orientado a confirmar, mediante el estudio las actitudes de probandos en sucesivos ECGs, nuestra hipótesis de que a medida que se asiste a los mismos y por pura experiencia mejoran los hábitos en la mesa.

Declaración de intereses:

Los autores no tienen vínculos con empresas del sector, salvo con Lachorra Inc, que ha puesto precio a sus cabezas. Tres de los autores han dejado la Psicología Médica para setiembre y han jurado que la próxima vez que les pasen cuestionarios chorras para mayor gloria del curriculum de los profesores los va a rellenar Rita la Cantaora.

Bibliografía

- 1.- Logan DH Jr, Smith CA, Pitiklinov P. Medical students: A group potentially subject to pseudoscientific abuse. *Med Hum Rights* 2000; 45: 1342-1355
- 2.- Smith CA, Pitiklinov P, Smith CA. A taxonomy of science and pseudoscience conducted on medical students. *Pract Iss Med Training* 2001; 34: 909-919
- 3.- Pitiklinov P, Logan DH Jr, Smith CS. ¿Por qué no hay estudios chorras sobre profesores universitarios? *Pract Souletin* 2000; CXCVIII: 2310-2313
- 4.- Comando Dondelasdán. Inventario sobre la Colocación de Vasos y Copas (ICVC): Un sencillo instrumento para evaluar lo garrazas que son nuestros mayores en la mesa. *Skalas* 2001; 3: 1-20
- 5.- Comando Dondelasdán. Escala de Actitudes en la Mesa (EAM): Un instrumento para evaluar fácil y rápidamente la urbanidad en la mesa. *Skalas* 2001; 3: 21-35

- 6.- Comando Dondelasdán. Inventario de Utilización de Palillos y otros Instrumentos Ad Hoc (IUPOIAH): Un instrumento bueno, bonito y barato. Skalas 2001; 3: 36-60
- 7.- Comando Dondelasdán. Checklist Procedural de Empleo de Servilleta previa a la Ingesta de Líquidos (CPESIL): ¿Qué sería de nosotros sin él? Skalas 2001; 3: 61-89

Recibido: 13-12-2001; Aceptado: 14-12-2001;
Publicado como early release: 17-12-2001

(THMJ, unpublished)

El testimonio de nuestros lectores: Grand Round at the Txori – Herri Medical Center

Iniciamos una nueva sección, en la que confiamos en contar con la colaboración de nuestros lectores, a quienes va dedicada muy especialmente. Nace este apartado de la constatación de que el tiempo va pasando inexorablemente, como hemos podido comprobar al enfrentarnos con el impúdico espejo de nuestro baño en la diaria tonsura. El dr CA Smith ha registrado un alarmante crecimiento de sus patas de gallo, el dr Pitiklinov asiste resignado al imponente temporal de nieve que va plateando algo más que su sien y el dr Logan ha asumido que en breve le bastará con el listado de los apóstoles para poner nombre a todos y cada uno de sus cabellos. A partir de estos hallazgos casuales, y teniendo en cuenta que en buena medida los lectores de esta publicación son, en términos epidemiológicos, una cohorte, hemos extrapolado que los estragos del paso del tiempo tienen que estar manifestándose en todos ellos.

En un segundo paso, y basándonos igualmente en la introspección, el insight autocrítico y otros procedimientos entre psicológicos y religiosos, hemos podido apreciar que a medida que pasan los años y pesan los recuerdos, en nuestras conversaciones, y en los intercambios con nuestros infortunados juniors, tendemos a ser cada vez más descaradamente batalliteros, si se nos permite el término. En efecto, podemos pasar horas y horas glosando anécdotas, historias y susedidos, y por idéntico razonamiento generacional, presumimos que nuestros lectores se están poniendo gradualmente igual de pesados que nosotros.

Existe, empero, una alarmante insensibilidad social ante la necesidad acuciante que experimentamos los psiquiatras carrozas de contar nuestros recuerdos. Es una lástima, porque de esta manera se aniquila una preciosa vía de acceso al conocimiento y al saber profesional, y se impide que las nuevas generaciones se

beneficien de estas bellas historias, adornadas en ocasiones con exageraciones muy enriquecedoras. ¿Por qué no, nos preguntamos, hacer un hueco en los congresos profesionales, entre simposium satélite y simposium satélite, para sesiones de intercambio de batallitas? Pues nada, venga a dar el tostón con receptores, serotoninas y virtudes de los milagrosos fármacos modernos, y ningún espacio para el intercambio de recuerdos, a pesar de que todos estaremos de acuerdo en que la salud de la profesión y los profesionales se beneficiaría mucho de estos espacios, por los que sor-damente claman con creciente intensidad las voces de los psiquiatras en proceso de talludización.

Ante tamaño vacío, nuevamente el THMJ tiene que asumir el reto histórico y acometer con decisión y arrojo sin par la tarea de cubrir esta laguna, creando esta sección en la que nuestros colegas podrán dar rienda suelta a sus recuerdos, más o menos novelados, obteniendo así una saludable válvula de escape que liberará tanta energía, no exactamente libidinal, pero que igualmente puede dar lugar a complicaciones si se asocia a determinados contenidos de la psique.

Inauguramos hoy esta sección con una contribución del Dr Luis M^a X., antiguo residente del afamado y prestigioso Txori – Herri Medical Center, en la que nos relata su primera sesión clínica, en la que, por cierto, presentó un caso peliagudo y abigarrado.

Sabedores de que esta nueva encomiable iniciativa que el THMJ emprende en el día de hoy será saludada con merecidos plácemes y parabienes no nos queda más que ceder la palabra al dr X.

Parecía una mañana cualquiera en el Txori – Herri Medical Center, pero para mí distaba mucho de serlo. La espaciosa biblioteca, pozo de ciencia en que mis compañeros compartían día a día su saber y su experiencia, entre alusiones a receptores, a Ajuriaguerra, al objeto, a la escisión, a Lacan o al doble vínculo, era tan imponente como siempre, y también como siempre podía percibirse un olor familiar y un tanto

rancio, mezcla de papel añejo, tinta y la versión barata y a granel de Pronto de Johnson que utilizaba el personal de limpieza.

Yo llegué el primero, no podía ser de otra manera. Mis compañeros fueron llegando de uno en uno, y se sentaron alrededor de la pulimentada mesa, sobre la que se deslizaban veloces las revistas, libros o simples bolígrafos que nos pasábamos en las sesiones.

Me encontraba muy nervioso, a pesar de que había preparado concienzudamente la sesión con mi jefe, muy interesado en el caso que iba a presentar. En mi inquietud, el familiar lapso previo al inicio de la exposición despertaba en mí sentimientos ambivalentes. Por un lado, agradecía mucho que hubiera pequeños corrillos en los que se comentaban trivialidades, o tal vez asuntos de envidia, quién sabe, pero al mismo tiempo sentía la urgencia de hacerles callar y empezar de una vez. Mi bisoñez en el manejo de la situación debió resultar evidente para mi jefe, que decidió intervenir

–Bien –dijo con voz firme, precedida de un elegante carraspeo- si ya estamos todos, tal vez puedas comenzar, ¿no, Luismari?

–Eh, sí, sí –mi balbuceo apenas sonó en la estancia

–Luismari va a presentar el caso del paciente éste que algunos ya conocéis, el que protagonizó un altercado hace unos días en un bar –siguió mi jefe, tomando la iniciativa

–Un caso muy interesante –acotó el dr **A**, con el que había hablado yo sobre el particular en una guardia reciente- muy interesante.

–Sí, eh, sí... –y algo me impulsó a leer sin interrupciones el resumen que yo había hecho del caso- se trata de un varón de 30 años, sin antecedentes psiquiátricos previos, que es traído para valoración psiquiátrica por una patrulla de la Ertzaintza, de madrugada. El motivo por el que lo traen es un altercado que protagonizó en un bar de Pozas, en el curso del cual estuvo vociferante, faltón, provocador... y bastante afortunado, porque la patrulla apareció cuando se disponían a llevarlo al puente de Deusto, para tirarlo a la Ría

–Por descastado –intervino el dr **A**, dándose las de familiarizado con el caso.

–A su ingreso se presentaba consciente, farfullante, con un intenso fétor enólico, procaz en sus aseveraciones, faltón, arrogante... logorreico...

–Has dicho a su ingreso, Luismari. ¿No sería más apropiado decir en la exploración inicial? Ten en cuenta que en principio se te remitió al paciente para valoración. No había ninguna indicación previa de ingreso, no habías acordado con ningún otro centro su hospitalización, no había orden judicial de internamiento –el dr **B**, tutor de los residentes, solía cortar nuestras intervenciones con este tipo de observaciones puntillosas y pedantes, que le servían para marcar su terreno y dárselas de importante. Además, yo estaba seguro de que no le agradó que no consultara el caso con mi adjunto de guardia, que casualmente aquel día era él; claro que tampoco le agradaba nada que le despertáramos de madrugada para consultar nuestras dudas. La misma pregunta que a media tarde podía dar lugar a una tediosa clase magistral, si era planteada de madrugada, recibía automáticamente la calificación de “gilipollez” y el infortunado residente que la formulaba, un considerable chorro y una aseveración, entre admonitoria y amenazante, del tipo “si te ahogas en ese vaso de agua no llegarás nunca a ser psiquiatra”.

–Bueno, gracias, dr **B** por su matización. Quería, eh, debía haber dicho, “en la exploración inicial”.

–Continúa, Luismari –intervino mi jefe, a quien no le gustaba nada que otros “mayores” se permitieran irrumpir en lo que consideraba su propio territorio. **B** era mi tutor, pero el paciente –y yo mismo- nos encontrábamos en su servicio, y para estas cosas mi jefe era muy suyo; me lo imaginé por un momento marcándonos al paciente y a mí con un chorro de orina.

–... eh, ¿dónde estaba? ¡Ah, sí! No se recogían síntomas psicóticos, pero sí una tendencia a la fuga –**B** arqueó los ojos, seguramente para preguntarme cómo sabía yo que quería fugarse, pero mi jefe carraspeó y me libré de otra recriminación-. Se mostraba pendenciero y aseguraba que volvería al bar y que tiraría uno por uno a la Ría a todos los parroquianos que habían discutido con él. Ante el riesgo de paso al acto decidí ingresarle para valoración psiquiátrica con el diagnóstico

de presunción de episodio maniaco vs intoxicación por alcohol y posiblemente otras sustancias.

–¿No fue una medida precipitada, muchacho? Quiero decir que si estaba creando problemas de orden público, lo apropiado hubiera sido que resolviera el problema la policía, ¿no? –intervino el dr **C**, conocido por su aversión a que la Psiquiatría asumiera lo que él llamaba “control social vicariante”. En esencia, a **C** sólo había una cosa que le preocupase más que el hecho de que los trastornos de conducta más o menos difíciles de explicar acabaran con una etiqueta psiquiátrica, y esa cosa era que una vez etiquetados ingresaran en nuestro centro y tuviera que atenderlos él. Era un hombre caballeroso, de maneras exquisitas, que atendía con esmero y dedicación lo que él denominaba “interesantes conflictos” y que los residentes considerábamos en nuestros encuentros casos light de consulta de psicoanalista.

–Bueno, había un elemento ideativo que me llamó la atención, y me pareció que necesitaba una valoración psicopatológica más detallada... era... eh... decía que... –no me atrevía a contar el síntoma- eh... bueno, pues, eh, digamos que había un... eh... ¿fenómeno? –dije mirando de reojo al dr **D**, de orientación lacaniana, que últimamente, con sus correligionarios, estaba releendo a Husserl y calificaba a todo de fenómeno; **D** me miró con un gesto de satisfecha aprobación- un fenómeno, eh... llamativo.

–No nos dejes en ascuas –urgió el dr **E**, interrumpiendo por un momento sus tareas de prospección de sus fosas nasales; me fascinaba este hombre, capaz de rascarse la cara interna de la nuca por vía trasnasal.

–Bueno... pues resulta que aunque es de Bilbao es seguidor de la Real Sociedad...

–Oh –dijeron todos. Supe por su expresión que a **C** le pareció que había suficiente motivo de ingreso; **D** miró con sorpresa e indignación contenida; **E** casi se arranca la glándula pineal de la impresión. **A**, por su parte, se arrellanó en su silla y miró a derecha e izquierda muy ufano, como diciendo “¿qué os había dicho yo?”.

–“Esto” tengo ingresado en mi servicio –dijo mi jefe, y todos le miraron con admiración y respeto–. Le lleva Luismari, pero con mi supervisión estrecha.

–Naturalmente –dijo, mordaz, **B**

–Eh... hubo problemas para acostarle, necesitamos pincharle... cuatro por dos... ocho tiaprizales intramusculares y finalmente se acostó.

–¿Vitamina B1? –**B** parecía decidido a tocarme las narices

–Sí, también le pusimos, siguiendo el protocolo.

–A la mañana siguiente el paciente estaba sedado –intervino mi jefe, dispuesto a no dejar que el tutor siguiera capitalizando la sesión– Pasó así prácticamente todo el día, y sólo estuvo en condiciones de ser entrevistado tras dos noches en el hospital. Así que fue, en realidad, más de 24 horas después del ingreso cuando Luismari y yo vimos al paciente. Luismari...

–Bueno, pues la situación había cambiado bastante. Por supuesto, la intoxicación había desaparecido, y tampoco había datos de manía. Parecía una persona razonable, y hasta donde pudimos deducir por lo que nos contó, adaptada a nivel social y profesional...

–Salvo por el detalle de su txuriurdiñofilia –intervino el dr **F**, que no desaprovechaba cualquier ocasión para acuñar nuevos términos psicopatológicos. Hay que decir que muchos de ellos no eran más estúpidos que los de la terminología oficial de la profesión.

–Efectivamente. Parecía incluso divertido cuando con las debidas precauciones le interrogamos al respecto.

–Lógicamente –intervino mi jefe- no consideramos prudente confrontarle con lo que podía ser una afirmación proferida en un momento de alienación... –hubo un murmullo de aprobación a nuestro exquisito cuidado profesional

–Sí, no hubiera sido ético confrontarle directamente –opinó el dr **G**, que siempre invocaba a la Ética. Muchas veces sus llamadas a la Ética no tenían mucho que ver con lo que se estaba hablando, pero se sentía a gusto dando la impresión de que le preocupaban estas cosas,

cuando en realidad su práctica profesional no era precisamente virtuosa.

–Sin embargo, nuestra precaución fue innecesaria. El mismo se apresuró a decirnos que era de la Real Sociedad, sin ningún complejo... y sin ningún pudor. Y no pudimos encontrar ningún elemento psicopatológico (por ejemplo, ideas delirantes, ideas obsesivas) con el que tuviera relación esa aberración futbolística. Durante los días siguientes observamos cuidadosamente al paciente, cuyo ingreso fue autorizado por el Juzgado. El personal de enfermería, avisado, estuvo muy al tanto de sus actuaciones.

–Supongo que hablaríais con la familia –intervino **E**, a medio desenroscarse una estalactita nasal.

–Sí: no nos dieron ningún dato de patología premórbida. La escolarización fue brillante, terminó la licenciatura de Derecho...

–Ajá... estudió, pues, en Donosti –dijo **B**, como si acabara de descubrir la clave del problema

–No, no, en Deusto –**B**, y todos los demás, me miraron estupefactos: había que descartar, pues, la posibilidad de un contagio ambiental. Se puso después a trabajar en una empresa pública, en la que sus compañeros no tenían queja alguna de su proceder.

–¿Cuándo empezó el síntoma? –preguntó **D**.

–Parece que en torno a la adolescencia, aunque el paciente era incapaz de precisarlo...

–O no quería hacerlo –corrigió mi interlocutor- No olvidemos que es un perverso.

–Es posible, es posible –concedió mi jefe- pero, Luismari, la familia no supo nada de esto hasta los 18 o 20 años, ¿no?

–Sí, al principio parecía una persona normal. Incluso recuerdan que tenía un escudo del Athletic en su habitación, bien es cierto que en un lugar no muy visible... –**E** hizo un gesto de desaprobación con la cabeza, sin dejar sus prospecciones nasales- luego, hacia los 18 años, empezaron a notar cosas extrañas. Cuando el Athletic volvía goleado de San

Sebastián no se le veía contrito, como al resto de sus hermanos... hubo otros pequeños indicios, que a toro pasado interpretamos como claro indicador de la progresiva aparición del cuadro, pero que en aquel entonces pasaron desapercibidos. Por ejemplo, insistía en ver los partidos televisados de la Real y parecía aburrido cuando su padre ponía los del Athletic, pero la familia no sospechó nada especial, porque en otros ámbitos de la vida todo iba sobre ruedas.

–Es la negación, obviamente –aseveró **C**.

–Hasta que un día reunió a sus padres y se lo contó. Fue un enorme disgusto para ellos. La madre aún llora al recordarlo, y el padre a duras penas contiene las lágrimas.

–Normal. No deja de ser, por su parte, una reacción adaptada y sintónica a un trauma –opinó **F**

–El padre quiso echarle de casa, pero la madre intercedió. Ya se sabe cómo son las madres. Convenció al padre de que si el paciente se veía en la calle podría degenerarse aún más.

–Seguramente no le faltaba razón –intervino mi jefe, deseoso de agilizar la sesión-. Al menos, en un medio familiar contenedor podría atenuarse el síntoma. Llegaron a un compromiso; los padres, con harto dolor de corazón, consentirían su desviación a cambio de que no se exhibiera con escudos, pegatinas, banderas o posters de la Real Sociedad.

–Le forzaron, pues, a no salir del armario –concluyó **F**

–Sí, creo que es la mejor manera de describirlo. Fueron pasando los años...

–...sin que hubiera ninguna intervención profesional que mitigara el cuadro –acotó **G**- esto tiene importantes implicaciones éticas.

–...y sin ningún tipo de *desórdenes* en otras esferas de la vida –apostilló el dr **H**, que se pasaba el día leyendo bibliografía eeuuense, cuya semántica y sintaxis salpicaban su discurso hasta el punto de acercarlo en ocasiones a una jergafasia.

–Así es –dije, con creciente seguridad en mí mismo– y mantuvo el tipo, hasta que en aquella borrachera todo lo que reprimía conscientemente, su inconfesable secreto, brotó como un geiser.

–¿Pruebas complementarias? –preguntó **B**

–Todo normal.

–¿Serologías incluidas?

–Pedimos hasta borrelia...

–¿Neuroimagen?

–Sin hallazgos

–¿Le habéis hecho la cosa esta cara, que saca imágenes en colores? –preguntó el dr **I**, un compañero buen conocedor de la profesión, pero al que le gustaba adoptar un cierto tono descuidado tanto en su aspecto como en sus intervenciones.

–La PET también era normal.

–¿Uso de sustancias? –preguntó **H**, como salido de una mala traducción del DSM

–Nada. El paciente y la familia lo niegan, y todas las analíticas, de sangre, de orina, de cabello, fueron negativas.

–¿Y de la cosa de las luces? –insistió **I**, refiriéndose a los tests de inteligencia. En este punto se me pusieron los pelos como escarpas sólo de recordar el mal trago de pedir un WAIS a **J**, nuestro psicólogo. Mi jefe lo consideraba una subespecie y no tenía el menor reparo en hacérselo notar. Una de sus técnicas favoritas para maltratarle era ordenarnos a los residentes que pidiéramos psicometrías variadas a nuestros pacientes. De esta manera, **J** se veía obligado a actuar según nuestras indicaciones, lo que para él constituía una enorme humillación, frente a la que se rebelaba retrasando la prueba todo lo que podía. Luego llegaba el momento en que mi jefe nos preguntaba por el resultado del WAIS y no teníamos más remedio que decirle que aunque estaba solicitado aún no se había realizado. Lo siguiente era que a **J** le caía una bronca descomunal en la reunión de equipo, en presencia del residente delator, que no sabía dónde meterse. Como no podía ser de

otra manera, mi paciente txuriurdiñoífilico dio pie a otro WAIS, a otra demora en la prueba, a otra delación forzada y a otro chorreo. Fue un trago muy desagradable, pero con el paso de los años me di cuenta de que mi jefe y **J** se lo pasaban muy bien con estas peleas.

–Cl de 120 –respondí

–Bueno, según nuestro psicólogo, claro –dijo, con sorna, mi jefe.

–120 no es un Cl escasito –dijo **I**

–Hombre, para un bilbaino, sí que lo es –matizó **E**, que en esos momentos se estimulaba la superficie rostral de la protuberancia o puente de Varolio

–Tienes razón –concedió mi jefe-, pero aún no contamos con tablas adaptadas a nuestro medio

–Podría ser un trabajo interesante para nuestros mires –amenazó **B**, tan sádico como siempre, y en su mirada maliciosa pude entrever la satisfacción que le reportaba imaginar a los indefensos residentes colaborando en un trabajo de investigación con el psicólogo.

–¿Antecedentes familiares? ¿Consanguinidad? ¿Algún antepasado guipuzcoano? –preguntó **A**, que sabía sobra, por habérmela sonsacado en una guardia, la respuesta a su pregunta

–Nada, nada –respondí, mientras **A** miraba a derecha e izquierda para comprobar si su sagaz intervención había sido acogida con la admiración que él estimaba que merecía.

–Bien, bien –continuó mi jefe– la cuestión ahora es el despistaje diagnóstico.

–Hay un claro conflicto edípico –se apresuró a opinar **C**– el Athletic es una prolongación de la figura del padre y la Real, *la* Real –repetió, enfatizando el artículo femenino– es la madre.

–Sí, sí –repuso mi jefe, condescendiente- pero la cuestión es: desde el punto de vista nosológico, ¿qué mal aqueja a este paciente?

–No parece que haya un cuadro definido –era el dr **K**, el residente brillante, que se conocía de memoria todos los criterios diagnósticos DSM y que nos ilustraba en las sesiones clínicas con su destreza para

desenvolverse por sus árboles de decisión. Cuando intervenía, dejándonos boquiabiertos a todos sus compañeros con sus conocimientos, era como si los algoritmos fueran una pista de patinaje sobre la que **K** se deslizaba con una pericia sin igual, virando elegantemente en los codos del diagrama sin caer. A veces, mientras le oía me lo imaginaba patinando veloz y seguro, y ardía en deseos por verle darse un morrazo con algún diagnóstico diferencial erróneo. Ajeno a mis malevolentes pensamientos, **K**, con su discurso monótono, disprosódico, aburrido, pedante, fue descartando la manía, los diversos trastornos de personalidad, los trastornos ligados a drogas, y todos los demás trastornos del DSM, entre los bostezos del personal.

–A su manera, el *conjunto sindrómico* que has reportado es un *desorden parafilico* –dijo **H**

–Sí, pero con la definición actual, que liga las parafilias a la sexualidad, no podemos definirlo como tal –aclaró **K**.

–¿Quieres decir que el estúpido DSM no ha pensado en este tipo de patologías, o que crees que el hecho de que un bilbaino sea de la Real no te parece anormal? –preguntó, inquisitivo **D**, con la fiera calvinista con la que los lacanianos criticaban al DSM y en general a todo lo que no fuera de su agrado.

–Tal vez podría *ser incluida* en la *sección de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* –opinó **H**. Sin embargo, su intervención se vio difuminada por la atemorizada vehemencia con la que **K** aclaró que no debía cabernos ninguna duda a ninguno de nosotros de que el cuadro le parecía gravísimo, y que además ninguno de nosotros podía cuestionar de su bilbainismo de incontables generaciones, al que se añadía el hecho de que era socio del Athletic desde la niñez, nada menos que con localidad en tribuna principal, bien cerquita del busto de Pitxitxi. Al ver tan asustado a **K** sentí por **D** y por su lacanismo una corriente de sincero afecto como no había experimentado nunca, y que no tardaría en dejar de experimentar.

–¿Y creéis que hay algo que pueda hacerse por este sujeto? –preguntó el dr **L**, el nihilista oficial del centro, que había permanecido silencioso hasta entonces

-Ahora mismo lo que estoy haciendo es un abordaje psicoterápico –me atreví a calificar así a unas charlas en las que trataba de convencerle de lo desviado de su filia futbolística. **D** me miró desde su olimpo lacaniano con la sorna y el desdén con que nos contemplaba a los residentes cada vez que hablábamos de psicoterapias y en ese preciso instante desapareció para siempre mi efímero afecto por él y por su escuela.

–Sí, ¿pero tú crees que realmente sirve para algo? –insistió **L**, y tuve que reconocer mi escasa fe en mi intervención.

–Las boticas tampoco servirán de mucho –dijo **I**

–No, no... claro –contesté, ocultando que le había atiborrado a neurolépticos en un razonamiento psicopatológico – psicofarmacológico que me había parecido oportuno y que había merecido el aplauso de mi jefe, que callaba como un canalla.

–No hay *ensayos concluyentes* sobre la efectividad de las *drogas psiquiátricas* en el tratamiento de este tipo de *disturbios* –apuntó **H**–. Tal vez podrías ensayar la *aproximación* conductual.

–No es mala idea. Le pones vídeos de partidos Athletic - Real Sociedad, y cada vez que marque el Athletic le das algún tipo de recompensa; un cigarrillo, por ejemplo, si fuma. Y si marca la Real utilizas una corriente eléctrica suficientemente aversiva –sugirió **G**, sin detenerse a considerar los aspectos éticos de su propuesta.

–Insisto en que no tiene sentido –se reafirmó **L**– Estáis llevando al terreno de la clínica lo que no es clínico, sino moral. Estamos todos de acuerdo en que es impresentable, ignominioso, moralmente reproachable, que un bilbaino sea seguidor de la Real Sociedad, pero, ¿estáis seguros de que esto justifica una intervención psiquiátrica? No confundáis las desviaciones morales con la patología psiquiátrica. Hubo quien ya lo hizo en el pasado y condujo a nuestra especialidad a sus páginas más negras.

Un largo silencio siguió a la intervención de **L**. Después, poco a poco, todos se fueron adhiriendo a su punto de vista, comenzando, claro está, por **C**. El problema era que no había problema. No estaba-

mos ante un enfermo, sino ante otro tipo de persona, con lo cual no teníamos por qué preocuparnos por la aparente ineficacia de nuestros remedios. Ya no se trataba, pensé, de que no fuera bueno haciendo mis psicoterapias o utilizando los fármacos: lo que pasaba era que mis barcos no estaban enfrentándose a la enfermedad, sino a los *elementos*. Vi que **K** respiraba aliviado al recobrar la confianza en los árboles de decisión del DSM. Por su parte, **H** opinó que, efectivamente, no toda conducta *desajustada* implica la existencia de un *desorden psicopatológico*.

–Entonces, lo procedente sería el alta médica –concluyó mi jefe, con evidente satisfacción por quitarse un problema de encima.

–Sin duda –confirmó **L**, con su habitual laconismo.

–De todos modos, algo tiene que estar mal en ese cerebro –me dijo **E**, mientras se rascaba el hipocampo derecho del suyo –No estaría de más pensar en ello.

Mientras recogía mis papeles, y mientras mis compañeros abandonaban la estancia, con la prisa propia de quien no quiere regalar a la empresa ni un solo minuto de prórroga de su jornada laboral, reflexioné sobre las enseñanzas de aquella sesión. Había empezado nervioso, pero poco a poco, con la ayuda de mi jefe, desde luego, había sido capaz de dirigirla adecuadamente. Estaba seguro de que a la menor oportunidad que tuviera **B** me desglosaría una interminable lista de fallos en mi exposición, pero ya sabía que no tenía que hacerle caso. **L** había demostrado que su visión desapasionada de los casos podía ser muy útil; de hecho, mi jefe se lo reconoció implícitamente al dedicarle unos minutos al final de la sesión, con palmadita de hombro incluida. Pero en medio de todo, las últimas palabras de **E** no dejaban de ser sabias, a su manera. Era posible que la tecnología actual no nos permitiera acceder a la secreta malformación cerebral subyacente a la desviación de mi paciente, pero ¿quién nos aseguraba que en el futuro no dispondríamos de procedimientos adecuados para *rastrearla*, como decía **H**? Resolví que no daría el alta al paciente sin conseguir que me firmara una autorización de necropsia.

Apéndice

*Tras ser dado de alta, el paciente se perdió en las calles de Bilbao y no acudió a la consulta de seguimiento que Luismari había programado a espaldas de su jefe. Durante algún tiempo nuestro residente estuvo al tanto de si se producían peleas en bares de Pozas (o de cualquier otra zona de la ciudad) y siguió con interés las noticias sobre incidentes portuarios. No encontró ninguna referencia a que su paciente hubiera sido arrojado finalmente a la ría. Contactó con la familia, que aseguró que no sabían nada de él desde que dejó el hospital, y con la empresa, donde obtuvo la misma respuesta. Durante algún tiempo supuso que habría emigrado a Guipúzcoa, donde podría desarrollar una existencia adaptada, y poco a poco, el recuerdo de misterioso paciente fue borrándose de su memoria, para retornar vigoroso cada vez que el Athletic resulta vapuleado en Anoeta. En las noches de insomnio que indefectiblemente siguen a estas dolorosas derrotas, Luismari acaricia una idea, que surge a medio camino de un sincero afán altruista en pro del avance de la Ciencia y de un impulso sádico retaliativo, como diría **H**. Es la confianza en que algún día pueda realizarse la necropsia que resuelva el misterio de aquel paciente.*

El jefe de Luismari sigue siendo jefe en el Txori – Herri Medical Center y sigue teniendo muy claro que sus residentes y sus pacientes son suyos.

*El dr **A** continuó durante años haciéndose pasar por bien informado y enterado de todo. Durante un tiempo invirtió en bolsa, y en las conversaciones con sus compañeros alardeaba de que siempre sabía de buena fuente cuáles eran los valores más favorables. Desde que se conoció el escándalo de Gescartera hace 20 guardias mensuales.*

*El dr **B** se casó con una residente despampanante con la que tuvo varios hijos. Su joven esposa no le deja que le de clases magistrales y le hace levantarse de madrugada para atender a sus niños cuando lloran.*

El dr C, al decaer la influencia del psicoanálisis, se hizo gestor y ha expedientado a varios ex compañeros por resistirse a ingresar a pacientes problemáticos.

El dr D sigue leyendo a Lacan y en los seminarios se le puede ver, junto a sus correligionarios, tratando de descifrar, después de 25 años de paciente y minuciosa lectura, qué coño quería decir el maestro.

El dr E tuvo que ser intervenido quirúrgicamente porque un conductor despistado tomó uno de sus orificios nasales (el derecho, concretamente) por la boca de entrada al túnel de Artxanda.

El dr F obtuvo una beca de estudios en los EEUU y su talento no pasó desapercibido a los cerebros de la APA, que lo incorporaron a una Task Force sobre denominaciones chorras, desde la que contribuye al avance de nuestra especialidad.

El dr G se construyó un chalet con el dinero negro que obtuvo por su participación en innumerables ensayos clínicos. Actualmente es un respetado miembro del comité de ética asistencial del hospital.

El dr H sigue en estos momentos tratamiento con una logopeda que intenta hacerle recuperar su lengua materna.

El dr I se curó de su empeño por cultivar una imagen crítica y desenfadada cuando accedió a un elevado cargo en el Departamento de Sanidad. Ahora tiene coche oficial, chófer, y se niega a recibir a sus excompañeros si se presentan en mangas de camisa.

J, el psicólogo, sigue trabajando en el Txori – Herri Medical Center, y su relación sadomasoquista con el exjefe de Luismari va viento en popa.

El dr K, el residente pedante, confirmó las brillantes expectativas sobre su futuro profesional y hoy en día pasa las diapositivas en las charlas del catedrático.

El dr L sigue trabajando en el Txori – Herri Medical Center, y cualquiera que le vea diría que el tiempo no pasa por él.

A pesar de los negros presagios de su tutor, Luismari consiguió terminar la especialidad y es hoy un psiquiatra de provecho en un CSM. Atiende de promedio 20 pacientes diarios (sin contar las urgencias y las llamadas telefónicas) y hace cada mes cinco guardias que no consigue librar por lo apretado de su agenda. El año pasado asistió a un congreso en Melbourne, al que le llevó un conocido laboratorio. Gracias a ello conoció Australia (único continente que aún no había visitado en sus viajes pseudocientíficos y pseudoprofesionales).

(THMJ, unpublished)

Position Statement sobre si el Athletic de Bilbao debe contratar jugadores extranjeros

*Este position statement ha sido escrito por Don H Logan Jr en nombre del Committee of Football Affairs de la **Txori-Herri Medical Association***

El campeonato de Liga 1996-97 se caracteriza por la abundancia de futbolistas extranjeros, a consecuencia del *Caso Bosman* y las modificaciones establecidas por la Federación en relación con el número de jugadores foráneos (comunitarios o no) que puede contratar cada equipo o S.A.D.

A pesar de los cambios que han sacudido las estructuras del balompié hispano, el Athletic de Bilbao continúa impertérrito con su *política*, denominada de cantera, consistente en contratar exclusivamente jugadores vascos. En los últimos años, el ansia del club de San Mamés por controlar el mercado vasco le ha llevado a contratar jugadores de otros equipos de Euskadi con maniobras más o menos leales, para irritación de las directivas de los clubs perjudicados. Todo ello, a pesar de que los resultados de esta *política* han sido escasos en los últimos diez años, en los que el Athletic tan sólo ha podido conseguir dos tristes participaciones en la Copa de la UEFA.

Mientras el Athletic se mantiene inasequible al desaliento en la defensa de sus hábitos, el mundo del fútbol está cambiando a gran velocidad, y sus estructuras se renuevan a un ritmo que puede desbordar a un club tan apegado a sus costumbres. No tardaremos en ver una Liga Europea, competición de élite, transnacional, a la que accederán unos pocos clubs de cada país, quedando los demás relegados a competiciones nacionales de segundo rango.

Por otra parte, un club que sólo contrata jugadores de la cantera se encuentra en condiciones de inferioridad frente a equipos que disponen de la posibilidad de ampliar su radio de captación a todo el mundo¹, sin otra limitación que su situación económica. De esta manera el Athletic se arriesga a perder su privilegiada condición de club que ha permanecido siempre en la Primera División del fútbol español.

Ante esta situación *The Txori-Herri Medical Association*, preocupada y comprometida con lo que acontece en la sociedad en que se desenvuelve, considera oportuno fijar su postura respecto a este contencioso. Tras largos debates, el *Committee on Football Affairs* (CFA) estima que puesto que los tiempos cambian, **el Athletic de Bilbao debe contratar jugadores extranjeros** y, además, debería **alinearlos en los partidos oficiales**.

Los argumentos en favor de esta postura obedecen fundamentalmente a consideraciones prácticas. A la luz de los resultados de las últimas temporadas existe un gran riesgo de bajar a Segunda, lo cual sería una enorme tragedia, aún más pavorosa si se mantiene en Primera la Real Sociedad. La simple hipótesis de que algún día pudiera llegar a suceder este escenario de pesadilla inducirá a todo bilbaino de por tal angustia y desazón que por muy romántico y quijotesco que quiera ponerse le parecerá oportuna toda maniobra encaminada a evitar esta posibilidad.

Por otra parte, **la política de cantera del Athletic de los últimos años ha sido errática** hasta el punto de que podemos plantearnos si realmente tiene sentido. Así, resulta que a efectos de contratación es vasco un jugador nacido en Iparralde², o un jugador riojano forjado en la cantera de Osasuna, pero no es vasco un jugador francés criado en Iparralde y forjado en un equipo vasco-francés. Parece, pues, que la directiva del Athletic tiene una notable empanada en torno a la *vasquidad* de los jugadores. Una solución a este problema sería **establecer criterios operativos de vasquidad de futbolistas**. En tanto no se regule este aspecto la confusión reinante pone en entredicho las posturas contrarias a la contratación de extranjeros.

¿Qué ventajas representa la contratación de jugadores extranjeros? Muchas y variadas. En primer lugar, la potencialidad del equipo sería superior, con lo que posiblemente **dejaríamos de sufrir las puyas y bromas de los seguidores de la Real Sociedad** al final de cada temporada. Este razonamiento, en sí mismo, representa otro poderoso argumento en favor de la contratación de extranjeros.

Por otra parte, la grafía de muchos apellidos extranjeros, tan rica en **ks**, **disimularía con eficacia lo cacofónico de reunir en una misma alineación apellidos vascos y otros sin pedigree**. Piénsese, en este sentido, lo ventajoso de contar con un jugador apellidado Kodro.

Desde este CFA **se recomienda la contratación de jugadores eslavos**, por su conocida facilidad para los idiomas, que les permitiría aprender euskera con mayor rapidez y eficacia que muchos jugadores autóctonos. Asimismo, deseamos remarcar que aunque los jugadores contratados no se distinguieran por su poliglotismo, **son escasas las cabezas que no adquieren un genuino aire basko cuando se cubren con una txapela**. Todas estas argumentaciones pretenden resaltar que **con una adecuada elección de los jugadores y con la ayuda de un asesor de imagen y/o un profesor de euskera la vasquidad de la plantilla no se vería afectada por la contratación de jugadores extranjeros**.

Por todas estas razones **consideramos imprescindible una revisión de la actual política de cantera del Athletic y recomendamos encarecidamente la contratación de jugadores extranjeros**.

El Athletic y su afición deben considerar que el cariño a unos colores y el orgullo por un brillante palmarés no están reñidos con una actitud más abierta, práctica y moderna. Los tiempos van cambiando y de hecho los vascos no se comunican ya con *txalaparta* de monte a monte, sino que utilizan el teléfono móvil o la *internet*. **Si se quiere responder al reto de la Historia y del Futuro hay que modernizarse**.

Este es el mensaje que desea transmitir nuestro audaz *Position Statement*, que abre las puertas a recomendaciones incluso mucho más revisionistas. De esta manera, tal vez en un futuro lejano (hacia el año 25000, aproximadamente) el CFA podría aventurarse a plantear la contratación de jugadores nacionales no vascos.

(THMJ, 1997)

¹ Poco después de concluir las reuniones de este Committee se ha hecho pública la posibilidad de que exista -o haya existido en el pasado- vida en Marte. Es evidente que este hecho es altamente preocupante para todo seguidor del Athletic, ya que si a medio plazo se descubren civilizaciones extraterrestres en las que se practique el fútbol y con las que se pueda establecer lazos amistosos que permitan la contratación de futbolistas, pongamos por caso, jupiterianos, el club de San Mamés se verá en una posición aún más desfavorecida.

² País Vasco francés, para los no iniciados.

Position Statement sobre nomenclatura de receptores de neurotransmisores

*This position statement has been written by Don H Logan Jr on behalf of the **THMA Task Force on Neurotransmitter Receptor Nomenclature (JESUSMARI)**.*

Cada año se descubren nuevos neurotransmisores y nuevos receptores para los neurotransmisores, ya sean nuevos o de los de toda la vida. No es nuestro propósito hacer un listado prolijo de estos neurotransmisores con sus respectivos receptores, sobre todo porque no nos los sabemos (y dudamos que cualquier mortal sea capaz de enumerarlos sin la ayuda de una chuleta). Nuestra intención, quede claro, tiene que ver con el espanto que producen en esta casa las dificultades que entraña la enumeración de los receptores (aunque sea asistido por chuleta).

Tomemos el caso del sistema dopaminérgico. En otros tiempos, se hablaba de receptores D_1 y D_2 . Todo parecía simple y fácil de aprehender. Pero luego aparecieron los D_3 , los D_4 y la última vez que leímos el Dopaminergic News (hace ya mucho tiempo), ya salía un D_5 y se especulaba con que podrían existir D_6 y D_7 (tal vez en los meses que pasen hasta que este artículo llegue al lector estaremos ya por el D_{18}). Si nos centramos en el sistema serotoninérgico, la cuestión es aún más complicada. Están los $5HT_1$, con diversas variedades ($5HT_{1a}$, etc), los $5HT_2$ (con más subclases), los $5HT_3$... Pero más allá de las dificultades que entraña recordar tanta variedad receptoril, queremos destacar lo complejo que resulta pronunciar sus difícilísimos nombres.

Esto es particularmente cierto en una cultura como la hispana, en la que no hay una tradición de deletreo de las siglas. Compárese, sin embargo, con los americanos. Lo que aquí se llama *onu*

en los USA se denomina *uno* y se pronuncia, sin despeinarse, *yue-nou*, que es mucho más difícil que decir *onu*. O, sin ir más lejos, repárese en el nombre del país. Aquí se dice *usa* y allí son capaces de decir *yuesei* sin aturullarse. En definitiva, en las culturas sajonas hay una especial habilidad para nominar cosas mediante deletreo; mucho mayor que la existente en el continente.

Trasládese esta situación al caso que nos ocupa (esto es: el de la nomenclatura de receptores). Para un americano no es demasiado difícil decir *faiveichtiuaney*, pero es difícil encontrar un nativo de la piel de toro, que sea capaz de decir *cincochabeteunoa* sin tener que detenerse a la altura de la *te* a tomar aire.

Por lo tanto, debe hacerse algo. De lo contrario, la I+D (Investigación y Desarrollo) del Imperio Español decaerá notablemente, pues *nuestros* investigadores pasarán media jornada intentando pronunciar en sus conversaciones cafeteras los nombres de los receptores, mientras que los investigadores americanos despachan la cuestión en unos segundos y, naturalmente, para cuando el investigador hispano anda por la *te* del *cincochabeteunocé* el americano ya ha patentado media docena de ISRS. Nuestros lectores saben que no es habitual en esta casa atribularnos o acalorarnos con estas cuestiones patrioterías, que consideramos derivadas de encefalitis ideovíricas, pero la situación de desequilibrio a favor de la investigación americana es tan acusada y severa que hemos decidido tomar cartas en el asunto promoviendo la actividad de esta taskforce.

Tras dilatadas sesiones de estudio y discusión hemos decidido hacer la siguiente propuesta: Los receptores deberían nombrarse de una manera personalizada y humanizada. De esta manera, serán más sencillos de memorizar y más cercanos emocionalmente al investigador o al clínico que debe recordar su nombre en su diario quehacer. ¿Y cuál es la manera más sencilla de personalizar y humanizar a los receptores? Pues dándoles nombres humanos.

¿Cómo se hace esto? Pues bien; nuestra propuesta consiste en distinguir las diferentes familias de receptores mediante nombres

de familias; es decir: mediante apellidos. Pero no se trata de establecer patronímicos neologistas tipo *dopamínez* para los receptores dopaminérgicos o *serotonínez*, para los serotoninérgicos. A nuestro entender es preferible utilizar patronímicos comunes y normales. Y para facilitar la memorización de los nombres, lo más aconsejable es utilizar para cada familia un apellido cuya letra inicial coincida con la del neurotransmisor en cuestión. Así, proponemos los receptores dopaminérgicos pasen a denominarse *Domínguez*, los serotoninérgicos, *Sánchez*, los gabaérgicos, *Gómez*, los glutaminérgicos, *Gutiérrez*, los histaminérgicos, *Hernández* y los noradrenérgicos, *Núñez*.

Una vez solucionada la primera parte del problema, queda la duda de cómo distinguir los receptores dentro de cada familia. Indudablemente, si pasamos a llamar *Sánchez1a* los receptores hasta ahora conocidos como $5HT_{1a}$ tampoco habremos resuelto mucho. Esta task force sugiere que se bautice a los receptores de cada familia con un nombre de pila distintivo. Es decir; en el caso de los receptores *Domínguez* (es decir, los antiguos D), puede llamarse *Jenaro Domínguez* a los D_1 , *LuisMari Domínguez* a los D_2 , *Federico Domínguez* a los D_3 , *Gervasio Domínguez* a los D_4 , y así sucesivamente.

Se nos dirá: ¿y con qué criterio se selecciona un determinado nombre de pila? Contestaremos que dado que los científicos están cada vez más hechos a consensuar clasificaciones, categorías o nombres, bien pueden establecer grupos de trabajo para acordar los nombres de pila de los receptores. Los hombres de ciencia podrán así experimentar las amorosas disputas que viven los cónyuges que esperan un vástago al intentar ponerse de acuerdo para elegir el nombre de su retoño.

Y, naturalmente, así el receptor se nos hará mucho más cercano, mucho más humano. El trabajador en neurociencias básicas se sentirá más familiarizado con su objeto de estudio si piensa en él como *Josefelix Domínguez*, y no como D_5 . Y en las exposiciones sobre inhibiciones de receptores de los delegados farmacéuticos

siempre queda mucho más vistoso y agradable oír que los receptores diana de un fármaco son Luismari Domínguez e Hilario Sánchez y no D_2 y $5HT_2$.

Y en la línea de la humanización de los receptores, ¿no sería maravilloso que se adquiriera la costumbre de celebrar cada nuevo descubrimiento como el *nacimiento* de un miembro nuevo de la *familia*? ¡Cuán frío es el escueto comunicado científico anunciando que se ha descubierto el receptor D_{37} ! ¿No sería mucho mejor hablar de natalicio y celebrar su bautizo como Exuperancio Domínguez? Piénsese en cuántos lazos de entrañable rivalidad se reforzarían si el laboratorio dedicado a los receptores dopaminérgicos (perdón: a los Domínguez) celebra la incorporación enviando unos pastelitos de celebración al laboratorio que investiga a los receptores serotoninérgicos (perdón: a los Sánchez). De esta manera los laboratorios y las familias de receptores se convertirán en vecinos bien avenidos, como –estamos seguros– lo son las neuronas correspondientes en el cerebro.

Sin duda habrá quien vea con malos ojos nuestra propuesta y discuta sus méritos. Habrá, podemos entreverlo, quien dude de su operatividad aduciendo que tanto los nombres como los apellidos que proponemos están cargados del sesgo de la cultura hispana. No faltará, imaginamos, quien se queje de que no usamos nombres vernáculos (¿por qué no llamar al $5HT_{1c}$ Koldobika Mirena Senarriaga, o Lluís Maria Sunyer?). Y aún habrá quien se queje de que nuestros receptores tengan nombres masculinos y no femeninos.

Tenemos respuesta para todas estas objeciones. Como hemos dicho, los anglosajones no parecen tener problemas para deletrear los complicadísimos nombres de los receptores; por lo tanto, allá ellos con sus *faiveichtiuansi*. Y si se nos dice que nuestra propuesta no es válida para la escuela francesa, sólo les diremos que se espabilen, que tomen nota de nuestras ingeniosas innovaciones, y que intenten pronunciar bien Federico Domínguez para el D_3 .

Respecto a los nombres vernáculos, hemos de decir que nuestro intento es universalizar en lo posible la nomenclatura. Es un

empeño tan noble que esperamos que no se dude de nuestra sensibilidad hacia los hechos diferenciales ni de nuestra capacidad para hablar en las diferentes lenguas cooficiales del imperio en la intimidad.

Por último, ya está bien de dar la lata con el rollo feminista, hombre. Hablamos de receptores, y no de *receptoras*. Y ya está.

Para complementar esta importante aportación que hacemos al progreso de la Ciencia, la THMA, pone a disposición de los interesados (investigadores básicos, industria farmacéutica, clínicos enteradillos) nuestra nomenclatura universal de receptores. La pueden solicitar a nuestras oficinas. Les atenderá nuestro conserje Emerson Sánchez (que en su época de emigrante clandestino en los USA era conocido como Fiveeichtichusi).

(THMJ, 1998)

Por un sistema claro y eficaz de exhibición curricular en los profesionales de Salud Mental.

A report written by Don H Logan Jr on behalf of the THMA's taskforce for the development of a clear, efficient system of curriculum display in Mental Health Center Professionals (THMATD-CESCDMHCP)

Uno de los más acuciantes problemas que afligen al sistema sanitario en la *asistencia en salud mental* es la indefinición de roles de los profesionales que la llevan a cabo. Así es: aún hoy en día, después de muchos, tal vez demasiados años, no está demasiado claro qué castas de profesionales deben participar en el empeño, ni mucho menos, cuál es el cometido de cada uno de ellos. Bien es cierto que en los Centros de Salud Mental (CSM) hay una especie de *pack* mínimo compuesto por psiquiatra, psicólogo, enfermero, asistente social y administrativo, que puede combinarse de diferentes maneras. La coalescencia más o menos caótica de estos elementos tan variados y con un *background* tan dispar es lo que se suele llamar *equipo multidisciplinar (EM)*. Aunque no es el propósito principal de este artículo, nos detendremos someramente en este curioso *sistema* humano. Por lo general, en el *EM* se acepta un número variable de unidades de cada elemento y no existen criterios de exclusión para ninguno de ellos, si bien en la mayoría de los casos el elemento *enfermero*, el elemento *asistente social* y el elemento *administrativo* suelen ser de sexo femenino. No hay una tendencia tan sesgada respecto al sexo de los elementos *psicólogo* y *psiquiatra*, que respectivamente pueden ser *psicólogo* o *psicóloga* y *psiquiatro* o *psiquiatra*. En definitiva, si Ud lector desea desarrollar su propio *EM* y quiere que le quede suficientemente cumplido, vaya pensando en hacerse por lo menos con un ejemplar de cada profesión.

Una vez que ya se ha hecho Ud con un *EM*, tropezará con dificultades insalvables. ¿Qué hace cada uno de los miembros del *equipo*? ¿Quién lo lidera? ¿Con qué criterio se establecen las jerarquías? ¿Cuántas reuniones han de hacerse a la semana? No nos abrumen con estas cuestiones de solución inalcanzable. Aquí sólo trabajamos con ciencia y racionalidad; no hacemos milagros.

No obstante, y de forma provisional, hemos querido arrojar un débil halo de luz en medio de la cerrada y oscura noche. Nuestra propuesta es que se permita al *cliente* o *usuario* ordenar un poco este maremágnum. Al fin y al cabo, ahora que todo el mundo se ha vuelto liberal, tal vez las fuerzas del mercado puedan venir en nuestra ayuda. Será el *cliente* quien determine lo que hace cada cual al elegir el profesional que se haga cargo de su caso. Sin embargo, no debemos caer en la tentación de permitirle escoger entre la oferta con criterios banales, faltaría más. Ya sabemos todos cómo es el *cliente*; por lo general carece de una formación psicológico - psiquiátrica que le permita alcanzar decisiones razonables y maduras. Y a falta de éstas, su actuación puede desorganizar aún más el precario equilibrio del *equipo*. ¿Qué pasaría si el *cliente* se decanta por el/la profesional de mejor ver? Podría suceder que fuera, por ejemplo, el/la enfermer@, y estaría muy feo que todos los casos se los llevara ést@ mientras un/una psiquiatr@ menos agraciad@ tiene que dedicarse a otras tareas más prosaicas. O imaginemos que el *cliente* se decanta por un/una psiquiatr@ de los que *sólo-recetan-pastillas-nuevas-muy-buenas-y-muy-caras*. El/la psicólog@ se aburriría como una ostra, y no pocos asistentes sociales tendrían que hacer terapias de familia con sus propios parientes. Y esto está mal, muy mal, y es feo, muy feo.

Es fácil deducir que nuestra vena liberal ha de encontrar algún factor de corrección. Proponemos –y es lo único que puede venir en nuestra ayuda a estas alturas- que este factor sea el conocimiento por el *cliente* de las características profesionales de cada miembro del *equipo*. Pero esto no siempre es sencillo. Por una parte, los diferentes elementos del equipo no suelen ir por el centro diciendo cuál es su profesión. El *cliente* puede cruzarse con un psiquiatra sin

tener la más mínima idea de si se trata de un administrativo, o de un asistente social; puede ignorar si se trata en realidad de otro *cliente* o incluso de un ciudadano que ha entrado a robar recetas. Para solucionar este problema la THMA ha decidido proponer que los diferentes miembros del *EM* exhiban en su pechera una barra horizontal, de ocho centímetros de longitud y uno de anchura, con un color específico para su profesión. Proponemos que la barrita de los psiquiatras sea roja; verde, la de los psicólogos; azul, la de l@s enfermer@s; amarilla, la de l@s asistentes sociales y negra, la de l@s administrativ@s. Esta distribución de colores no es caprichosa ni casual, como ninguna de las propuestas que se hacen en esta casa; antes bien, obedece a concienzudos estudios y razonamientos excesivamente prolijos para incluirlos en esta sección. Pero, como ejemplo, diremos que los colores de psiquiatr@ y psicólog@ han sido elegidos para permitir que los *clientes* daltónicos confundan los dos profesionales, lo que potenciará las tradicionales y entrañables disputas entre ambos colectivos, amén de dar lugar a la consabida y perseverante pregunta del *cliente* no iniciado sobre cuál es la diferencia entre psiquiatra y psicólogo. Como se ve, en esta casa no dejamos ningún cabo sin atar.

Queda así resuelta esta primera parte del problema. El *cliente* ya sabe a qué casta pertenece cada profesional y puede así decantarse por uno o por otro. Pero aún hay una segunda parte no menos peliaguda. Los profesionales del *EM* se distinguen por lo variado, cuando no disperso, de sus conocimientos y curricula (que es el plural de curriculum). No basta con que el cliente sepa que se halla frente a un psiquiatra o un asistente social. Para elegir con un criterio más definido a su *terapeuta* deberá saber a qué *confesión* pertenece. Evidentemente, el *cliente* puede –y debetener también sus preferencias a este respecto. Y para ello le hace falta saber si el *terapeuta* (un psiquiatra macho, por ejemplo) es *biologicista*, o *conductista*, o *lacaniano del séptimo día*. En función de esta información, que el *cliente* cotejará con sus propias inclinaciones y preferencias, podrá elegir, tras una íntima y personal reflexión, a su *terapeuta*. Por lo tanto, debe encontrarse una

manera sencilla de mostrar al *cliente* las características profesionales y curriculares de los miembros del EM.

El problema es arduo, y por ello hubimos de poner en marcha un grupo específico de discusión, el THMA's taskforce for the development of a clear, efficient system of curriculum display in Mental Health Center Professionals (THMATDCESCDMHCP). Establecido el cronograma de sus reuniones y la técnica de actuación (tormenta de ideas o *brainstorming*), nos pusimos manos a la obra conocedores de los peligros y dificultades que nos acechaban. Porque, aunque encontráramos la manera de hacer saber a golpe de vista al *cliente* la orientación teórica del *terapeuta*, esta información no sería suficiente. Efectivamente, no sirve de nada informar que una psicólogo hembra, por ejemplo, es *kleiniana yeyé* si no informamos al mismo tiempo su grado de formación: ¿ha iniciado su análisis personal – formativo? ¿Ha llegado al 12º año del mismo? ¿Lo ha terminado, como parece indicar su propecta edad y es por lo tanto *terapeuta emérita*? Tamaña complejidad nos llevó a modificar nuestra técnica inicial, por lo que pasamos a trabajar en *ciclón de ideas*.

Inicialmente consideramos que es importante que el *cliente* sepa si el *terapeuta psicoanalista* ha concluido su análisis personal. Este es un dato clave a la hora de facilitarle la elección de *terapeuta*. El análisis personal y formativo es un viaje al interior de sí mismo tan arriesgado y aventurado como lo eran las antiguas travesías marinas. El símil náutico nos hizo recordar que en el pasado los marinos se colocaban un pesado pendiente en la oreja después de doblar por primera vez el cabo de Hornos superando sus peligrosas tormentas. Así que una idea podría ser que el *terapeuta* que ha terminado su análisis portara una pesada argolla colgando del lóbulo de su oreja. Una propuesta preliminar sugería que si era un psicoanalista ortodoxo, el pendiente debería ubicarse en el lóbulo auricular derecho, reservándose el izquierdo para las múltiples corrientes heterodoxas.

Sin embargo, la solución no era satisfactoria, por varios motivos. En primer lugar, sólo habíamos resuelto el caso de los psico-

analistas. Por otra parte, el detalle del pendiente podría ser engorroso para no pocos psicoanalistas (algunos de ellos incluso ocupan solemnes cátedras, y no parece muy serio que se presenten en los foros científicos con un colgajo metálico auricular). Por otra parte, si generalizamos el uso de los pendientes como artilugios denotadores de curriculum y los extendemos a otros profesionales, más allá de los psicoanalistas, surgen nuevos problemas. Si queda reservada la oreja para estos últimos, ¿dónde ubicar el pendiente del sistémico, o el del biologicista, o el del conductista, o el del humanista, o el del antipsiquiatra, o el del descreído, o el del cínicco-sin-más? ¿Deberíamos reservar zonas concretas de la oreja para cada orientación teórica? ¿Cómo podríamos resistir a las presiones de cada escuela para que le reserváramos los mejores solares de la oreja? ¿Y sucedería con los *terapeutas* eclécticos? No hay oreja humana capaz de soportar la quincallería que requerirían estos grandes profesionales y, por otra parte, la alternativa de utilizar otras regiones de la anatomía de estas personas para ocuparlas con pendientes nos parece audaz e inoportuna. Audaz, porque el centro de salud mental quedaría de esta guisa convertido en una especie de templo punkie (algo para lo que probablemente el *cliente* no está aún preparado) e inoportuna, porque sería necesario incluir en el equipo a un especialista en *piercing*, al cual, a su vez, habría que dotar de un elemento distintivo de su profesión y curriculum.

Cuando creíamos todo perdido, apareció ante nosotros la posibilidad de sustituir los pendientes por medallas. Nuestro razonamiento era que con este método sufrirían bastante menos las orejas de los profesionales. Así que diseñamos un sistema de medallas, a lo militar, con el asesoramiento del Prof Pitiklinov, único miembro del *Editorial Board* de la *THMA* que ha hecho la mili. Por ejemplo: La gran cruz del diván clase C para quienes están en análisis didáctico; clase B para los que han terminado su análisis; clase A para los que son psicoanalistas *registrados* por alguna asociación, preferentemente internacional. A su vez, la gran cruz del diván llevaría distintivo verde si el terapeuta es ortodoxo; rojo, si

es kleiniano; gris, si es winicottiano; amarillo, si es lacaniano, y así sucesivamente. Por otra parte, la gran cruz del diploma para todos los que hayan hecho algún máster: clase A, si es de una universidad importante; clase B, si es de una universidad de segunda fila; C, si es de alguna asociación pseudouniversitaria. Si el máster ha sido de terapia de familia, el distintivo será azul; si es de terapia cognitiva, rosa, y así sucesivamente.

Aunque este sistema soluciona muchos problemas, hay un contratiempo: como ya hemos indicado, muchos miembros del EM son eclécticos o tienen un amplio bagaje universitario o formativo. Por ello, sería enorme la cantidad de medallas que deberían lucir, lo que resultaría un tanto ostentoso, además de ruidoso, por el sonido a quincallería que producirían al andar con tanta medalla colgada en sus pechos. Pero esto también puede solucionarse inspirándonos en *lo militar*. Lo que proponemos es que como en el caso de los militares de alta graduación y/o muy laureados, se sustituya cada medalla por una chapita con un color y ubicación específica. De esta forma, y en resumen, cada miembro del EM portará en la pechera de su camisa o uniforme, una pieza metálica con una barra horizontal de un color específico para su grupo profesional (recordamos: roja la de los psiquiatras; verde, la de los psicólogos; azul, la de l@s enfermer@s; amarilla, la de l@s asistentes sociales y negra, la de l@s administrativ@s). Por debajo de esta barrita, un sistema de chapitas nos indicará el curriculum del profesional del EM en cuestión, en base a su ubicación (que se definiría según el moderno sistema de casillas del tablero de ajedrez) y a su colorín. Por ejemplo: barrita negra, con una chapita lila en C2 y una amarilla en E5 quiere decir que se trata de un administrativo que ha hecho un curso de Terapia Familiar Sistémica en una Universidad no oficial y dispone de un diploma de reiki obtenido tras un intensivo de 40 horas.

Evidentemente, estos datos, un tanto complejos, deberán ser facilitados al usuario. Para ello, proponemos que a la entrada del CSM, junto con los folletos de información sanitaria, se ponga a disposición del paciente un pequeño libro en papel biblia con el

significado del sistema de barras y chapitas, a fin de que con un simple golpe de vista pueda saber la cualificación y bagaje formativo y académico del profesional que se hace cargo de su caso. Gracias a esta información podrá expresar sus preferencias o su rechazo por uno u otro profesional, introduciendo así el orden y racionalidad que suele faltar en ocasiones en los CSM. Por ejemplo, si voy a que me atiendan por una crisis de ansiedad puedo elegir un *barra verde, chapita azul en A3* (que sería psicólogo de orientación lacaniana) en vez de un *barra roja, chapita azul cielo en D2 y gris marengo en F1* (que sería psiquiatra con un curso de terapia cognitivo – conductual y asistencia reciente a un congreso en las islas Barbados sobre Uso del Panfilón en los Panic Attacks).

Confiamos en que nuestro sencillo y útil sistema se implante rápidamente en todos los CSM del orbe mundial. Gracias a él, sin duda, mejorará sustancialmente la calidad asistencial y todos seremos un poco más felices.

(THMJ, 1999)

Autotest

1. El Reflejo Norma Jean ocurre en:
 - A. El 75% de las mujeres y el 15% de los hombres
 - B. El 75% de los hombres y el 15% de las mujeres
 - C. El 35% de las mujeres y el 45% de los hombres
 - D. En el 80% de los varones guipuzcoanos
 - E. A+ D

2. El locus de control del Reflejo Norma Jean se encuentra en:
 - A. El Lóbulo occipital
 - B. El Útero
 - C. El Hipocampo
 - D. Las Adenoides
 - E. El Lóbulo Prefrontal

3. En los brotes psicóticos el Reflejo Norma Jean se encuentra:
 - A. Abolido
 - B. Exacerbado
 - C. Disminuido
 - D. Depende
 - E. Nadie lo sabe

4. La Técnica de Pitiklinov para evidenciar el Reflejo Norma Jean utiliza:
 - A. Caricias con una pluma en la planta del pie
 - B. Pellizcos en la planta del pie
 - C. Cierta violencia física
 - D. B+C
 - E. A+C

5. La principal utilidad del Reflejo Norma Jean es:
 - A. Estética, sin más
 - B. Que sirve como marcador de la Psicosis
 - C. No tiene ninguna utilidad
 - D. No es útil y además favorece la aparición de juanetes
 - E. Ninguna de las anteriores

6. Uno de los siguientes NO es un Ideovirus
- A. Futbolisticus sincitial
 - B. Nacionalistis Zoster
 - C. Scepticus Imperterritus
 - D. Freudovirus psicoanaliticus
 - E. Rockerus Influenza
7. Los Ideovirus se transmiten por:
- A. Los libros
 - B. La radio
 - C. Internet
 - D. La fibra óptica
 - E. Todos los anteriores
8. La clínica de las infecciones por Ideovirus NO incluye:
- A. Limpiezas étnicas y lingüísticas
 - B. Censura
 - C. Pérdida de neuronas en el córtex cerebral
 - D. Dudas
 - E. Miopía para hechos cercanos
9. El organismo número I del mundo en el estudio de los Ideovirus es:
- A. El Instituto Clínico-Universitario de Lutzana-Erandio
 - B. La Universidad de Harvard
 - C. El M.I.T. (Instituto Tecnológico de Massachusetts)
 - D. La universidad de Oxford
 - E. La Universidad Complutense
10. El tratamiento farmacológico recomendado para las infecciones por Ideovirus tiene como complicación principal:
- A. Infarto de Miocardio
 - B. Encefalopatía post-anóxica
 - C. Pérdida de "chispa"
 - D. Mucosidad abundante
 - E. Ventosidades incoercibles
11. Nuestras relaciones con los Laboratorios son:
- A. Majas
 - B. Pecaminosas
 - C. Hombre, yo no diría tanto
 - D. A algunos les va mejor
 - E. Según

12. Las relaciones con los Laboratorios deberían guiarse por los principios:
- A. Éticos más estrictos
 - B. De la Ley del Talión
 - C. Económico-marxistas
 - D. Del Fútbol Profesional
 - E. Ninguno de los anteriores
13. La ficha de un psiquiatra:
- A. Debería ser mayor que la de cualquier futbolista
 - B. Los psiquiatras no deberían tener ficha y cobrar por curación
 - C. Dependerá de lo bien que den en Televisión
 - D. Será siempre menor que la del gerente de su hospital
 - E. Se decidirá por subasta
14. El uso de pegatinas de publicidad en la bata en el modelo de fichajes:
- A. Debería estar rigurosamente prohibido siempre
 - B. No se contempla
 - C. Podría estar permitido
 - D. Ninguna de las anteriores
 - E. Todas las anteriores
15. La curación de un paciente:
- A. Debería celebrarse aparatosamente y con el mayor bombo posible
 - B. No debe comentarse nunca
 - C. No existe. La Psiquiatría no cura nada.
 - D. Se comentará sólo en privado
 - E. Ninguna de las anteriores
16. La Patria:
- A. Es invariablemente un concepto geográfico
 - B. Ya no depende de la geografía
 - C. Depende del equipo de fútbol de la persona
 - D. Lo anterior nunca es cierto
 - E. Nada es cierto
17. La Patria:
- A. Es un concepto subjetivo
 - B. No existe
 - C. A es más cierto que B
 - D. B es más cierto que A
 - E. Es un lío

18. Las Naciones:

- A. No deberían dar por supuesto que son patrias
- B. No existen
- C. Son a la vez patrias
- D. B es un poco más cierto que A pero no tanto como C
- E. Si A es cierto entonces D nunca puede serlo

19. La categoría de Patria la debería otorgar:

- A. Los curas
- B. Los políticos
- C. La ONU
- D. Dios en persona, que fue el que las creó
- E. Ninguna de las anteriores

20. Para ser considerado Patria, un país debe cumplir las siguientes condiciones:

- A. Ofrecer techo y comida a todo el mundo
- B. Montar menos de una guerra civil cada 200 años
- C. Clasificarse para octavos de final de los Campeonatos Mundiales de Fútbol por lo menos una vez cada 10 años
- D. Ofrecer tarifa plana de acceso a Internet
- E. Todas las anteriores

21. Entre las medidas para reducir los gastos de personal NO se recomienda

- A. Sustituir a las enfermeras por monjas
- B. Acortar el periodo de formación MIR
- C. Reducir o anular los sueldos
- D. Suspender las suscripciones a revistas
- E. Ninguna de las anteriores

22. Entre los materiales de limpieza recomendados para abaratar costos NO se incluye:

- A. La lejía Conejo
- B. El jabón Chimbo
- C. Bayetas Scotch-Brite
- D. Ninguno de los anteriores
- E. Todos los anteriores

23. La abducción por extraterrestres

- A. Es una chorrada
- B. No existe

- C. Sólo le ocurre a norteamericanos
- D. No está probada científicamente
- E. Puede ser uno de los sistemas de concierto que reduzca el gasto sanitario

24. La Dineroterapia

- A. Consiste en pagar una suculenta cantidad de dinero a los pacientes para que se vayan voluntariamente del Sistema Nacional de Salud y no vuelvan más
- B. Consiste en dar una asignación semanal de dinero a los pacientes para que se lo gasten en lo que quieran porque está demostrado que el gastar hace que se sientan bien
- C. Consiste en jugar a cualquier juego de cartas o de mesa pero apostando dinero
- D. Consiste en gastarse el dinero jugando a la lotería o a las quinielas
- E. Todas las anteriores

25. La co-responsabilidad del staff médico con los usuarios en cuanto al gasto sanitario

- A. Hace que el paciente ponga más de su parte para curarse
- B. Hace que el personal también se esmere más
- C. Puede suponer un embolso respetable de dinero para ambas partes
- D. Mejora la relación médico-paciente
- E. Todos los anteriores

26. Una cebra:

- A. Es un animal negro con rayas blancas
- B. Es un animal blanco con rayas negras
- C. Es un animal
- D. No se sabe
- E. Sí se sabe

27. Un paso ceбра:

- A. Es un trozo de calzada por el que pasan peatones
- B. Es un trozo de acera por el que pasan coches
- C. Es algo virtual
- D. No se sabe
- E. Sí se sabe

- 28.** Entre las cosas que no se deben hacer en un paso de cebra figuran:
- A. Merendar
 - B. Hacer el amor
 - C. Traficar con drogas
 - D. Todas se pueden hacer
 - E. Ninguna se debe hacer
- 29.** Sugar Ray Benítez es:
- A. Un famoso boxeador, campeón del mundo de peso ligero
 - B. Un famoso jugador de béisbol de los Yankees
 - C. Un jefe del narcotráfico
 - D. Un cantante latino de moda
 - E. El mayor estudioso del mundo del Espectro Cebriforme
- 30.** El Espectro Cebriforme:
- A. Hace referencia a un espacio virtual alrededor del paso cebra que conservaría las mismas características funcionales que el paso cebra realmente pintado en la calzada
 - B. Es un espectro que se pasea a las noches por los pasos cebra de las ciudades
 - C. Es un concepto legal
 - D. Es el conjunto de los espíritus de las cebras muertas que vagan por la sabana africana
 - E. No existe tal cosa
- 31.** El chip localizador del GPS se les coloca a los pacientes en:
- A. El hipotálamo
 - B. En el tejido subcutáneo
 - C. En una muela
 - D. En un zapato
 - E. En ninguno de los anteriores
- 32.** Entre los parámetros que registra el chip mencionado NO se encuentran:
- A. Velocidad de marcha
 - B. Longitud de la zancada
 - C. Frecuencia cardíaca
 - D. Cambios de dirección y sentido
 - E. Desgaste de los zapatos

33. El Registro por GPS más sencillo y aburrido de todos se da en el caso de los pacientes:
- A. Depresivos
 - B. Maníacos
 - C. Psicóticos
 - D. Agorafóbicos
 - E. Trastorno Antisocial de la Personalidad
34. Las características principales de la marcha psicopática son:
- A. Aumento del número de pisotones a otras personas
 - B. Aumento del número de golpes y patadas a piedras y a otros objetos.
 - C. Suelen vender los zapatos
 - D. Ninguna de ellas
 - E. Todas ellas
35. Los resultados más variables se obtuvieron en los pacientes:
- A. Depresivos
 - B. Esquizofrénicos
 - C. Maníacos
 - D. Agorafóbicos
 - E. Psicópatas
36. Se ha relacionado la presencia de gafomas con:
- A. Complejos inconscientes complejos
 - B. Abuso de heroína blended
 - C. Factores inmunoalérgicos
 - D. Falta de higiene local
 - E. Todas son ciertas
37. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la anatomía, embriología y patología de las gafas:
- A. Las gafas se forman en la décima semana del desarrollo embrionario
 - B. No se han descrito gafomas en gafas de marca pija
 - C. Las gafas de sol se ven invadidas por melanocitos alevines
 - D. El puente de las gafas se forma a nivel de apófisis pterigoides
 - E. Todas son falsas

38. Respecto de la patología de las gafas es cierto que:
- A. El tratamiento quirúrgico de elección ante la presencia de gafomas es el xenotransplante de gafas de mandril
 - B. El tratamiento quirúrgico de elección de los gafomas recidivantes es la exéresis radical ampliada, con amputación de nariz y orejas
 - C. La profilaxis con ácido acetil salicílico (500 mg/d) resulta ineficaz
 - D. Todas son ciertas
 - E. Todas son falsas
39. Entre las hipótesis explicativas de la etiología de los gafomas se ha sugerido su relación con:
- A. Alteraciones en el metabolismo lipídico
 - B. Golpismo bolchevique de las clases celulares desfavorecidas
 - C. Virus puñeteros y malintencionados
 - D. A + B
 - E. Todas son ciertas
40. Señale cuál de las siguientes actividades de las madres clarisas les coloca en un riesgo superior de padecer eventos cardiocirculatorios:
- A. Las monjas clarisas están más sujetas al tabaquismo activo y pasivo por tener sus conventos próximos a cafeterías en las que se permite fumar
 - B. En este colectivo de religiosas predominan la Personalidad Tipo A
 - C. Las monjas clarisas presentan con mayor frecuencia que otros colectivos de religiosas pliegues diagonales en el lóbulo de la oreja
 - D. Las monjas clarisas basan su dieta en los huevos que reciben para orar por un día de boda soleado
 - E. A + D
41. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es *falsa*
- A. La ofrenda de 13 huevos a las monjas clarisas es un método seguro y eficaz para obtener un día de boda soleado y vistoso
 - B. Los huevos de codorniz, por lo general, obtienen días de boda menos luminosos que los de gallina
 - C. La exhibición reiterada del reportaje fotográfico o videográfico de la boda a las amistades puede ser considerado una grave falta penal en la legislación de los países más avanzados y comprometidos con el desarrollo de los Derechos Humanos
 - D. Los dulces elaborados por las monjas clarisas están de puta madre
 - E. Los huevos blancos obtienen días de boda más soleados que los huevos morenos

42. Se ha descrito una buena respuesta al tratamiento con ágar-haloperidol en:
- A. Salmonella Schizoidea Pastorellii
 - B. Proteus Psicopaticus Pastorellii
 - C. Neisseria Hypochondriaca Pastorellii
 - D. Campylobacter Delirans Pastorellii
 - E. Hemophilus Borderlinus Pastorellii
43. En la Escherichia Coli se han descrito:
- A. Adicciones al ágar-etanol
 - B. Síndrome de Cotard
 - C. Erotomanía
 - D. A + C
 - E. Todas son falsas
44. El Decatrístio equivale a:
- A. 10 tristios
 - B. 3.1416 tristios
 - C. Una depresión enorme
 - D. 6234,5437 tristios
 - E. 300000 km/s
45. La unidad internacional de la ansiedad es
- A. El Watio
 - B. El Metro
 - C. El Neurio
 - D. El Palmo
 - E. La Pulgada
46. La Escala de Barrymore-Leblanc mide
- A. El perímetro pectoral
 - B. La depresión
 - C. La Humedad
 - D. El Volumen
 - E. Los pensamientos libidinosos (o guarros, según otros autores)
47. Al terminar el tercer año de residencia, el MIR debe ser capaz de
- A. Elogiar a las figuras más representativas del saber médico de su hospital
 - B. Subir la cuerda lisa

- C. Citar de memoria pasajes completos de las obras de J. Lacan, si es un MIR de Psiquiatría
 - D. Acelerar de 0 a 100 km/h en menos de 10 segundos
 - E. Decir, sin tomar aire, "el cielo está enladrillado, ¿quién lo desenladrillará?, el desenladrillador que lo desenladrillare buen desenladrillador será, y tal".
- 48.** Al concluir el primer año de especialidad el MIR debe ser capaz de:
- A. Servir el café a los adjuntos sin verter una gota en el mantel.
 - B. Subir todos los días el "Marca" a sus adjuntos.
 - C. Derivar pacientes a otros servicios o compañeros
 - D. Aprender la marca de tabaco favorita de cada uno de sus adjuntos y mostrarse dispuesto a comprarles un paquete siempre que se lo demandaren.
 - E. Todas son ciertas.
- 49.** Al concluir el segundo año de especialidad el MIR debe ser capaz de:
- A. Preparar el café de sus adjuntos en el punto exacto deseado por cada uno de ellos.
 - B. Correr 100 metros lisos en menos de 10 segundos
 - C. Enunciar las grandes revistas de su especialidad, y ordenarlas por su prestigio.
 - D. Todas son ciertas
 - E. Todas son falsas
- 50.** Al concluir el cuarto año de residencia el MIR debe ser capaz de:
- A. Diagnosticar a los pacientes, según un sistema multiaxial, con términos como "mamón", "enterao", "psicoputa" o "morreras".
 - B. Elogiar los vicios, tics y burningsouts de sus mayores
 - C. Encarar con optimismo su futuro profesional
 - D. A+B
 - E. A+B+C
- 51.** El saddy es la unidad anglosajona para
- A. El tiempo
 - B. El volumen
 - C. La depresión
 - D. El peso
 - E. La intensidad de corriente

52. El centitristio equivale a:
- A. La centésima parte de un trístico
 - B. Una baja por nervios
 - C. 212 rublos en el mercado negro
 - D. El número de veces que está contenido el diámetro en la circunferencia
 - E. Idem, en las Islas Canarias
53. Se ha descrito una buena respuesta al ágar-panfilón en:
- A. *Neisseria lacrimosa* Pastorellii
 - B. *Salmonella luctuosa* Pastorellii
 - C. *Hemophilus plagniens* Pastorellii
 - D. *Pseudomona hypothymica* Pastorellii
 - E. Todas son ciertas
54. Debemos et agradeszemos el códize que revisa et studia la ephectividad de los sanctos según sean hommes o mulleres a:
- A. Nemesio de Artzeniega
 - B. Lino de Oquendo
 - C. Eulogio de Castrojeriz
 - D. Venerando de Zamudio
 - E. Sigmund Freud
55. Los conceptos de ephectividad et espeziphizidad de los sanctos débentse a:
- A. Herminio de Padua
 - B. Abate Uriarte
 - C. Fra Domenico de Toulouse
 - D. Beato Francisco de Parma
 - E. Robert L. Spitzer
56. La descripción de la Fase Nasal del Desarrollo libidinal arranca de los meritorios y sesudos esfuerzos investigadores y descriptivos de una eminente figura de la ciencia contemporánea; nos referimos a:
- A. Clark Ashton Smith
 - B. Werner Von Braun
 - C. Thomas Alva Edison
 - D. Albert Einstein
 - E. Oppenheimer

- 57.** Debemos el concepto –clave– de Personalidad Nasal a un distinguido y prolijo investigador central en el estudio de la Psique y sus derivados. Nos estamos refiriendo a:
- A. Emil Kraeppelin
 - B. Eugen Bleuler & Son
 - C. Pitiklin Pitiklinov
 - D. Skinner
 - E. Pavlov
- 58.** El concepto de regresión nasal y de tríada nasal se debe a un ilustre investigador y hombre de ciencia de reconocido prestigio internacional y transgaláctico; nos referimos a:
- A. Iñigo Lizeranzu
 - B. Txema Noriega
 - C. Antón Arieta
 - D. Estanis Argote
 - E. Don H. Logan Jr
- 59.** La personalidad nasal se caracteriza por:
- A. Utilizar colonias horteras.
 - B. No aparecer aún en el DSM
 - C. No mostrar explosiones conductuales
 - D. Todas son ciertas
 - E. Todas son falsas
- 60.** En las regresiones nasales puede haber:
- A. Cochinadas inespecíficas
 - B. Tiempo soleado
 - C. Necesidad de calefacción baja
 - D. Conductas de manipulación autoerótica intra y extranasal
 - E. A+D
- 61.** El sancto que ha demostrado ser más ephectivo et espeziphico en el tratamiento de la tos est:
- A. Sanct Dez
 - B. Beato Luismari el Ortógrafo
 - C. Sanct Cosme
 - D. Sancta Herminia de Toledo (Ohio)
 - E. Sanct Mamés

62. El sancto que ha demostrado ser más ephectivo et espezíphico en el tratamiento de los dolores de muelas est:
- A. Sanct Damián
 - B. Sanct Mideivisyunior
 - C. Sanct Turce
 - D. Sanct Antonio (Texas)
 - E. Sancta Obdulia de Pucela
63. Con respecto al elegante studio de Arcadio de Bedia, débese concluir que:
- A. Los rezos et orasziones a Sanct Cosme et Sanct Damián sonct ephectivos en el tratamiento del dolor de muelas
 - B. Los rezos et orasziones a Sanct Cosme están contraindicados en hepatopatías severas.
 - C. Non est conveniente rezar a Sanct Cosme en el primer trimestre del embarazo.
 - D. Las personas con úlcera gastroduodenal debent consultar al su médico o al su farmacéutico antes de rezar a Sanct Damián
 - E. Todas son ciertas et verazes.
64. ¿Cuál de los siguientes rasgos no es típico del Trastorno Bilbaino de la Personalidad?
- A. Enumeración incesante de las maravillas de la ciudad del paciente
 - B. Acusación a sus vecinos alaveses de ser cultivadores full-time de patatas
 - C. Sostenimiento contumaz e inasequible a la argumentación lógica y a la comprobación del origen de sus jugadores, de que el Athletic es un club que se distingue por su trabajo con la cantera
 - D. Tabaquismo
 - E. Conocimiento (y en ocasiones exhibición del mismo) de piezas folklórico-ostentosas denominadas *bilbainadas*
65. Denúnciese al intruso de este grupo de receptores:
- A. Josemari Senarriaga es un receptor serotoninérgico
 - B. Baudilio Gutiérrez es un receptor glutamérgico
 - C. Abundio Domínguez es un receptor dopaminérgico
 - D. Edelmiro Núñez es un receptor noradrenérgico
 - E. Felipe Hidalgo es un receptor dopaminérgico

66. Pastorelli es conocido por sus trabajos sobre:
- A. Psiquiatría bacteriológica
 - B. Enología transcultural
 - C. Bacteriología psiquiátrica
 - D. Pornografía cognitiva
 - E. Todas son ciertas
67. El tratamiento conductista ha sido ensayado con éxito en:
- A. Streptococo
 - B. Stafilococo
 - C. Neumococo
 - D. Gonococo
 - E. A + C
68. ¿En cuál de las siguientes especies está indicado el tratamiento con ágar-fluoxetina?
- A. *Campylobacter antisocialis* Pastorellii
 - B. *Pseudomona dysphorica phase luteinicae tardiae* Pastorellii
 - C. *Acetobacter insomne* Pastorellii
 - D. *Mycobacterium cleptomaniacus* Pastorellii
 - E. Los ágar combinados con antidepresivos están indicados en cualquier cosa
69. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con las diferencias entre sexos (perdón: géneros):
- A. Las mujeres tienen una mayor capacidad lingüística
 - B. Los hombres son más cervezofílos
 - C. La maduración psicológica es más precoz en las mujeres
 - D. Los hombres son más futboladictos
 - E. Las mujeres son más bajas que los hombres
70. Indíquenos cuál o cuál de los o las siguientes pensadores o pensadoras sostenía que las mujeres, en razón de la vacuidad de su mente, no podían conversar con Dios y, por tal motivo, no debían ser admitidas en los templos
- A. Jonander González Bereziartua
 - B. Jesusmari Otaolea
 - C. Wenceslao Marigómez
 - D. Charles Baudelaire
 - E. Marian Smith

71. ¿En cuál de las siguientes especies se han descrito cuadros depresivos de evolución tórpida?
- A. *Escherichia nerviosa* Pastorellii
 - B. *Campylobacter melancolicus* Pastorellii
 - C. *Shygella dysthimica* Pastorellii
 - D. *Pseudomona apuradissima* Pastorelli
 - E. Todas son falsas
72. Deid qvál de los philosophos et meditadores diz que claro est que la san-tidad otorga grandes et poderosas capaçidades a los hommes et non a las mulleres
- A. Bernardo de Balmaceda
 - B. Eulogio de Apatamonasterio
 - C. Herminio de Sopena
 - D. Clodomiro de Mallabia
 - E. Tal est el pareszer de todos los suprascriptos
73. Deid dó laborabant las sus artes sanadoras los gemelos sanctos Cosme et Damián
- A. Erant médicos de puerta del hospital de Bassurto
 - B. Laborabant por la su qventa et el su riesgo en consultorio et paga-bant los diezmos de autónomos para de aquesta manera prevenir-se contra males et enfermedades et la vejez
 - C. Faziant sessudos et conzienzudos estudios et revisiones para los fieles christianos que ansiaban rezibir de nuestra católica maxestad el permissio para guidar carros et carretas
 - D. Laborabant en Cilicia en el Assia Menor
 - E. Dedicábantse a la doszencia
74. Deid sin miedo et sin falazia el nomme del pagano emperador que baxo el qval fueront martiriçados los gemelos sanctos Cosme et Damián
- A. Carlos V
 - B. Napoleón
 - C. Diocleciano
 - D. Bokassa
 - E. Luismari

- 75.** Señale cuál de las siguientes anomalías físicas pueden ponerse en relación con la dieta, predominantemente ovófaga, de las madres clarisas
- A. Blanqueamiento precoz del bigote
 - B. Hipertrichosis auricular
 - C. Elongación de las estalactitas nasales
 - D. Xantelasma
 - E. Hallux Valgus
- 76.** Indique cuál de los siguientes rasgos del trastorno bilbaino de la personalidad predispone para el enfrentamiento, por lo general verbal, con los habitantes de provincias limítrofes con Bizkaia
- A. La contratación de jóvenes valores de la Real Sociedad
 - B. La exhibición ostentosa de sus dineros
 - C. El uso del epíteto patatero para referirse a los habitantes de Alava
 - D. A + B
 - E. A + B + C
- 77.** ¿Cuál de los siguientes subtipos de investigaciones con estudiantes de Medicina es rigurosamente falso?
- A. Prescindibles
 - B. Absurdos
 - C. Útiles
 - D. Fútiles
 - E. Chorras, sin más
- 78.** ¿Cuál de los siguientes instrumentos es útil para determinar los hábitos en la mesa?
- A. Escala de Actitudes en la Mesa (EAM)
 - B. Inventario de Utilización de Palillos y otros Instrumentos Ad Hoc (IUPOIAH)
 - C. Checklist Procedural de Empleo de Servilleta previa a la Ingesta de Líquidos (CPESIL)
 - D. MiniMental State Examination (MMSE)
 - E. Escala de Regüeldos, Bihotzerres y Molestias Postprandriales de Yamagata – Zabala

79. ¿Cuál es la actitud a seguir ante un paciente bilbaino seguidor de la Real Sociedad?
- A. ISRS
 - B. Estimulación del Nervio Vago
 - C. Solicitud de Necropsia
 - D. Exorcismo
 - E. Topiramato
80. Señale por cuál de estas opciones científicas y filosóficas se ha decantado, tras una profunda reflexión, la THMA:
- A. Los psiquiatras no deben realizar peritajes que afecten a los pacientes a los que atiendan
 - B. La administración sistemática de placebo para atajar las quejas y síntomas funcionales es un procedimiento técnicamente erróneo y éticamente reprochable
 - C. El inconsciente está estructurado como un lenguaje
 - D. La acción antipsicótica de los neurolépticos requiere la ocupación del 65 al 80% de los receptores D2.
 - E. El Athletic de Bilbao debe contratar jugadores extranjeros
81. Si acude Ud a un CSM y se encuentra con una persona con una barra de color fucsia y con una chapita azul en C2 y otra gris perla en E3, sabrá a ciencia cierta, tras consultar en la guía ad hoc, que se trata de:
- A. El consejero de Sanidad en visita oficial, pero con acidez de estómago (bihotzerre)
 - B. El electricista, que dispone además de conocimientos básicos de fontanería y terminó entre los 100 primeros la carrera popular "Desde Santurtzi a Bilbao"
 - C. El representante de Laboratorios Lachorra, que viene a promocionar el Panfilón y a distribuir entre los psiquiatras del Centro un estudio sobre las desventajas del Destrístin
 - D. Un caco que viene a robar recetas y que cuenta con carnet de camión
 - E. Un paciente con prisas porque que ha dejado el coche en zona de OTA sin pagar y que viene a pedir cambio de facultativo ya que el informe que le ha pedido para prolongar la baja no ha sido eficaz..

- 82.** Señale cuál de los siguientes rasgos no es propio del Trastorno Bilbaino de la Personalidad:
- A. Enfrentado a desconocidos o a personas procedentes de otras ciudades, el paciente tarda menos de 15 segundos en comunicar que es de Bilbao
 - B. Un patrón de relaciones personales caracterizado por la alternancia entre la condescendencia y el desprecio hacia las personas que no tienen la fortuna de ser de Bilbao, a las que mortifica con puyas de dudoso gusto
 - C. Alteración de la autoimagen: el sujeto cree ser más alto, o más rico, o más guapo, más inteligente o incluso más bilbaino de lo que es en realidad
 - D. Impulsividad en el área económica, de forma que tiende a mostrar de manera ostentosa su facilidad para gastar dinero, obstinándose en convidar a todo el mundo o comprar todo tipo de cachivaches
 - E. La sintomatología es más acusada cuando el paciente se encuentra en Bilbao
- 83.** La serotonina
- A. Es un neurotransmisor
 - B. Es metabolizado por el patxarán hidroxilasa
 - C. Es útil para engrasar las bisagras chirriantes
 - D. Tiene nombre de mujer fatal
 - E. C + D
- 84.** ¿Cuál de las siguientes expresiones debería figurar en el elenco de calificaciones de compañeros de dominio obligatorio para los residentes de Cuatro Año de Psiquiatría?
- A. El dr A es un chalao de lacaniano
 - B. La dra B sólo entiende de neurotransmisores
 - C. La dra C es una histeria de libro
 - D. D tiene demasiados conflictos intrapsíquicos como para poder manejarse en la vida dignamente
 - E. Es un/a muchacho/a excelente/a
- 85.** ¿Cuál fue el principal mérito del congreso para la Exactificación de la Psiquiatría celebrado en Loiu en 1992?
- A. La creación del Tristio
 - B. La calidad del papeo

- C. El triunfo del Neurio como unidad de medida de la Ansiedad
 - D. El acuerdo de la corriente mayoritaria con la escuela inglesa para elegir el sistema métrico decimal
 - E. Todas son ciertas
- 86.** El inconsciente ha sido localizado anatómicamente en:
- A. Un sitio de la cabeza
 - B. La rodilla derecha
 - C. La tercera planta del Corte Inglés
 - D. En Google
 - E. En el Cabo de Gata
- 87.** El punto central del abordaje multisistémico de la problemática interestructural es:
- A. Retomar la problemática
 - B. La redefinición del contexto
 - C. La puesta en común y verbalización subsiguiente
 - D. La individualización de espacios
 - E. La colaboración intersubjetiva
- 88.** La Comisión de Estudio de la Problemática.
- A. Tendrá como primer objetivo la creación de un Comité de Retoma de la Problemática
 - B. Su misión consiste en desmetaforizar las contradicciones a las que se vea abocada la Delegación de Puesta en Común y Verbalización
 - C. Su actividad se supedita al comité de redefinición de contexto
 - D. Se reúne tres o cuatro veces al día
 - E. Todas son ciertas
- 89.** ¿Qué es la problemática sin contexto?
- A. Algo idiosincrásico
 - B. Como un jardín sin flores
 - C. Un elemento vacuo, sin contenido, oscurecedor y confusional
 - D. Un desafío ilusionante
 - E. Ninguna de ellas
- 90.** Una de las siguientes comisiones y grupos de trabajo se ha colao, y no pertenece al abordaje multisistémico de la problemática interestructural
- A. Comisión de Estudio de la Problemática.
 - B. Comité de Redefinición del Contexto

- C. Delegación de Puesta en Común y Verbalización
 - D. Grupo de Aproximación al Modelo General
 - E. Comité de Farras de Eithmendi y Thorizes
- 91.** El Grupo de Aproximación al Modelo General
- A. Evita contradicciones
 - B. Su misión consiste en desmetaforizar las contradicciones a las que se vea abocada la Delegación de Puesta en Común y Verbalización.
 - C. Contrarresta la tendencia a la neoconcentración desprovista de latencia
 - D. Conlleva siempre colaboración intersubjetiva
 - E. Todas son ciertas
- 92.** No es una Condición o Criterio Fundamental de la definición de Pichigüili:
- A. Ser gratuito
 - B. Obtenerse en el stand de un laboratorio
 - C. Poder ser capturado en el marco y con la excusa de una Reunión o Congreso Científico
 - D. Tener alguna utilidad sexual o religiosa
 - E. Todos son criterios fundamentales
- 93.** Entre las propiedades del Pichigüili se consideran Propiedades Accesorias:
- A. Su inutilidad
 - B. Su escasa durabilidad
 - C. El agotamiento casi inmediato de las pilas, en el caso de pichigüilis electrónicos
 - D. La presencia de elementos metálicos, si el pichigüili es un bolígrafo
 - E. Todas ellas son Propiedades Accesorias del Pichigüili
- 94.** No se considera de ninguna manera Pichigüili:
- A. Invitaciones a comer en el Chino o en el McDonald's
 - B. La información científica en papel satinado y con gráficos de colores
 - C. Las revistas pornográficas
 - D. Los secadores de pelo
 - E. Los paraguas
- 95.** Los Pichigüilis se clasifican en:
- A. Fáciles, Difíciles, Aleatorios y Operantes
 - B. Absurdos, Ridículos y Patéticos
 - C. Metálicos, Plásticos y de Bakelita

- D. Radioactivos y no Radioactivos
 - E. Naturales y Sintéticos
- 96.** Con respecto al llamado Pichigüili Operante:
- A. Se utiliza como refuerzo positivo de asistencia a conferencias patrocinadas por el laboratorio regalador
 - B. Su eficacia es directamente proporcional a su contingencia
 - C. Suelen ser de mayor calidad que los Pichigüilis fáciles
 - D. Se ha cuestionado por sus implicaciones éticas
 - E. Todas son correctas
- 97.** Con respecto a los experimentos de condicionamiento clásico de médicos con Pichigüilis no es cierto:
- A. Que el condicionamiento se produce más rápidamente en los psiquiatras que en el caso de los animales de laboratorio como las ratas
 - B. Que el estímulo más eficaz es la comida y la bebida
 - C. Que el estímulo más eficaz es la información científica
 - D. Que el condicionamiento persiste sin refuerzo ulterior durante al menos 48 horas, según los experimentos de Medrano y cols
 - E. Que los jefes de servicio son algo más inteligentes que las ratas de laboratorio y que los residentes de primer año
- 98.** Entre las técnicas de captura de Pichigüilis, la llamada modalidad de saqueo se caracteriza:
- A. Ser muy deportiva y sencilla
 - B. Ser especialmente eficaz en el caso de Pichigüilis abundantes y accesibles
 - C. Ser propia de mires sin experiencia y adjuntos baldragas
 - D. A menudo requiere de una cierta infraestructura de almacenamiento
 - E. Todas son correctas
- 99.** La modalidad sutil de captura de Pichigüilis:
- A. Debe aplicarse solo para la captura de Pichigüilis difíciles y de alto valor
 - B. Requiere de prestancia y compostura propia de jefes de servicio, adjuntos experimentados y catedráticos
 - C. Otorga preferencia a la calidad sobre la cantidad
 - D. Puede combinarse con técnicas de saqueo si se cuenta con cómplices
 - E. Todas son ciertas

- 100.** No es cierto, con respecto a las técnicas de captura de Pichigüilis:
- A. Que la utilización de mires esclavos como elementos de acarreo esté rigurosamente prohibida
 - B. Que se han descrito técnicas de captura sutiles idiosincrásicas en personas del sexo femenino
 - C. Que existen movimientos radicales que preconizan un entorno totalmente libre de Pichigüilis
 - D. Que se han descrito casos de adicción a los Pichigüilis
 - E. Que los Pichigüilis se diseñan en un laboratorio secreto del sur de Eslovenia, por investigadores de la extinta URSS
- 101.** Entre el posible origen etimológico de la palabra Pichigüili no se encuentra la palabra:
- A. Pamplina
 - B. Piscalabis
 - C. Zapato
 - D. Patxi y Willi
 - E. Retortijón
- 102.** La prueba que mide la capacidad del organismo para tolerar y generar mecanismos de adaptación y supervivencia a las comidas que se sirven en los hospitales se denomina:
- A. Test de Resistencia a Comidas Hospitalarias de Argüñano
 - B. Prueba de Sobrecarga a la Lengua en Salsa de Iñaki y Sorozabal
 - C. Índice de Tolerancia Diarreica de Olmer y Garbiñe
 - D. Test de Discapacidad Alimentaria de la FAO
 - E. Todas ellas son adecuadas
- 103.** Los MIR de formación hospitalaria:
- A. Muestran mayor tolerancia y resistencia a las comidas hospitalarias que los MIR de formación comunitaria
 - B. Obtienen peores resultados en la escala de Habilidades Sociales de Txema y José Luis
 - C. Se duchan más a menudo que los comunitarios
 - D. Combinan peor los colores de la vestimenta que los comunitarios y usan menos el paraguas
 - E. Todas son ciertas

- 104.** La deriva social y tendencia a integrarse en ambientes marginales (incluidos los psicoanalíticos) se ha descrito más a menudo en:
- A. MIR de formación comunitaria
 - B. MIR de formación hospitalaria
 - C. En ambos casos por igual
 - D. Sólo en los que sufren secuelas postraumáticas tras experiencias formativas lacanianas
 - E. Sólo en los que han abusado del sexo con colegas durante la residencia
- 105.** Los marrones y los pacientes interesantes son más eficazmente evitados:
- A. Los MIR de formación hospitalaria
 - B. Los MIR de formación comunitaria
 - C. Los jefes de cualquier tipo
 - D. Todos ellos
 - E. Ninguno de ellos
- 106.** El principio activo del antidepresivo Panfilón es:
- A. El piruvato de mandarina
 - B. El aceite de colza
 - C. La baba de caracol
 - D. El clorhidrato de membrillo
 - E. El chocolate
- 107.** Entre los posibles efectos secundarios y colaterales del Panfilón no se encuentra:
- A. La bizcofilia
 - B. La flatulencia
 - C. La aversión a la sopa
 - D. La hipersecreción de cerumen
 - E. Todas ellas
- 108.** ¿Cuál de las siguientes presentaciones de Panfilón“ trae cromos de futbolistas?
- A. Panfilón Retard®
 - B. Panfilón Chewing Gum®
 - C. Panfilón Microtabs®
 - D. Panfilón Picadura de Liar®
 - E. Panfilón Gran Reserva®

- 109.** ¿Cuál es el número del cromó de Laudrup en la colección de cromos de Panfilón®?
- A. El 7
 - B. El 66
 - C. El 181
 - D. El 413
 - E. El 3,1416
- 110.** En el marco del protocolo para retomar la problemática, será cometido de la Delegación de Puesta en Común y Verbalización:
- A. Organizar las despedidas de soltero de los miembros del equipo multidisciplinar
 - B. Remover los elementos perturbadores y otros obstáculos que se oponen a la redefinición del contexto.
 - C. Sabotear con silicona los relojes para fichar
 - D. Todas son ciertas
 - E. Todas son falsas
- 111.** En relación con el Equipo de Individualización de espacios es cierto que:
- A. Su función es modificar el contexto temporoespacial para de este modo adecuar las estructuras.
 - B. Está jerárquicamente supeditado al Comité de Diseño de la Problemática.
 - C. Organiza las despedidas de soltero de los miembros del equipo multidisciplinar
 - D. A + B
 - E. A + B + C
- 112.** Son efectos secundarios del Panfilón clónico asiático:
- A. la bizcofilia
 - B. la hiperperuminosis maligna
 - C. estornudos incoercibles durante la defecación (con riesgo de eventración o protrusión de la ampolla fecal)
 - D. ninguno de ellos
 - E. todos ellos

113. ¿Cuál de las siguientes características no es propia de un pichigüili?
- A. La tendencia a explotarse y poner perdido de tinta al usuario, en el caso de los bolígrafos
 - B. Despertar avidez en los médicos asistentes a congresos
 - C. Agotamiento inmediato de las pilas en el caso de los pichigüilis electrónicos
 - D. Elevado valor intrínseco
 - E. Todas ellas son características que definen a los pichigüilis
114. En un campeonato de Captura de Pichigüilis, ¿cuál de las siguientes actitudes o técnicas sería considerada de mal efecto?
- A. Arramplar, con la ayuda de varios subordinados o machacas (mires, por ejemplo) un número indeterminado de bolígrafos pseudorreclables
 - B. Amenazar al delegado con recetar un producto de la competencia si no facilita ipso facto una caja de bolsas de plástico con el anagrama del laboratorio
 - C. Pasar por el stand varias veces con disfraces variados para que el delegado no se dé cuenta de que ya ha entregado al concursante el pin del congreso.
 - D. Aducir que el motivo por el que uno se lleva 143 bolígrafos exactamente iguales es que debe hacerse con uno para cada uno de sus compañeros de trabajo, que están en ese preciso instante asistiendo a un symposium satélite sobre el uso del Panfilón en la angustia vital
 - E. Todas son legítimas y homologadas por la Federación Internacional de Captura de Pichigüilis, pero sólo la A, B y C están reconocidas por el Consejo Mundial de Captura de Pichigüilis, mientras que para la Asociación Internacional de Captura de Pichigüilis todas, salvo la b, serían legales.
115. En un campeonato de Captura de Pichigüilis, ¿cuál de los siguientes pichigüilis recibiría la máxima puntuación?
- A. Un ordenador portátil marca ACME
 - B. Una suscripción a *The Txori-Herri Medical Journal* dedicada
 - C. Un Porsche 911
 - D. Una reliquia krapeliniana (tres pelos de su barba)
 - E. Una reliquia freudiana (un retalito de la tapicería de su diván)

116. Una de las siguientes características no es propia de los pichigüilis difíciles
- A. Escasez
 - B. Fugacidad
 - C. Difícil Acceso
 - D. Aleatoriedad
 - E. A + B
117. Señale cuál de las siguientes tácticas no es aconsejable para el almacenado de pichigüilis a gran escala
- A. Introducir los pichigüilis en bolsas de plástico (Maniobra de Goodpasture)
 - B. Almacenar los pichigüilis en carro de compra (Maniobra de Lachaise-Dumarchand)
 - C. Vestir un tabardo de progre, con amplios bolsillos (Técnica de Lowland), utilizando como receptáculo ad hoc, si llega el caso, la capucha (Variación de Barrymore a la Técnica de Lowland)
 - D. Mochila (Procedimiento de Pérez-Sáez)
 - E. Guardar en la boca (Maniobra de Pelikan)
118. Díganos, por favor, el nombre del receptor cuya estimulación provoca broncodilatación y relajación del músculo liso, que puede verse estimulado, entre otros productos, por el metaproterenol e inhibido por el propanolol
- A. Pedro Alvarez
 - B. Carlos Alvarez
 - C. Exuperancio Alvarez
 - D. Ricardo Alvarez
 - E. Milagros Alvarez
119. Entre las enzimas implicadas en la capacidad del organismo para tolerar y generar mecanismos de adaptación y supervivencia a las comidas que se sirven en los hospitales no se encuentra:
- A. La Cocido-Reductasa
 - B. La Pez-Hidroxilasa
 - C. La Vaina-Sintetasa
 - D. La Atxikoria-Deshidrogenasa
 - E. La Langostino-Mayonesasa

- 120.** Entre las exploraciones que requiere el Test de Resistencia a Comidas Hospitalarias de Arguiñano no se encuentra:
- A. EKG
 - B. MMPI
 - C. Ablación testicular y biopsia
 - D. Test de Embarazo
 - E. Autopsia
- 121.** La Escala de Habilidades Sociales de Txema y José Luis:
- A. Es autoaplicada
 - B. Contiene una subescala de relaciones con representantes farmacéuticos
 - C. Mide asertividad en la conducta con otros estamentos
 - D. Es muy bonita
 - E. Todas son ciertas
- 122.** En el Cuestionario de Autocuidados de Truthmendi y L'afhorge una de las siguientes no puede considerarse un ítem idiosincrático sexual:
- A. El afeitado de la barba
 - B. El depilado de los sobacos
 - C. El sonado apropiado de los mocos
 - D. La disposición en el canzoncillo del paquete fálico y gonadal
 - E. La correcta disposición del sujetador
- 123.** Una de las siguientes autoras no participó en el Cuestionario de Cobertura Social de Goyita, Lola, Mariajesús, Petri, Pili y Maribel:
- A. Goyita
 - B. Lola
 - C. Mariajesús
 - D. Petri
 - E. Dominga
- 124.** La Escala de Escaqueo de Thorizes y Mertxe evalúa:
- A. Habilidades de evitación de comerse marrones
 - B. Capacidad de memorización de interacciones farmacológicas
 - C. Actividad del citocromo nosecuantos
 - D. Reserva aeróbica en carrera
 - E. Ninguna de ellas

- 125.** En Escala de Liges y Farras de Eizmendi el factor corrector se aplica a:
- A. A la ingesta alcohólica
 - B. A las gestas amoratorias
 - C. A la hora de llegada a casa
 - D. A las risas de los chistes
 - E. A la propina a los camareros
- 126.** El Test de Tendencia a Contar Batallas sobre la Propia Residencia de Uriarte y Malo puede interrumpirse.
- A. Por razones humanitarias
 - B. Por afonía
 - C. Por falta de colaboración
 - D. Por ninguna razón
 - E. A+C
- 127.** Según los resultados del estudio, no puede ser considerada una habilidad hospitalófuga:
- A. La tolerancia a comidas hospitalarias
 - B. La tolerancia alcohólica
 - C. La orientación temporoespacial
 - D. La memoria reciente aplicada a la solicitud de potes en tascas
 - E. El uso correcto del paraguas
- 128.** En el trascendental estudio clínico sobre la eficacia antidepresiva del Clorhidrato de Membrillo (Panfilón®):
- A. El número total de individuos participantes fue tres (3)
 - B. El doble ciego quedó garantizado gracias al emborrachamiento de todos los investigadores implicados con whisky de calidad media
 - C. Los efectos secundarios observados en el grupo placebo parecen tener relación con el excipiente utilizado (aceite de ricino)
 - D. Se duda que el clorhidrato de membrillo sea capaz de atravesar la barrera hematoencefálica
 - E. Todos son ciertos

- 129.** ¿Cuál de los siguientes términos es el apropiado para nominar a los receptores H₂, según la nomenclatura propuesta por la THMA?
- A. Eladio Hernández
 - B. Nemesio Martínez
 - C. Román Agirregomezkorta
 - D. Prudencio Ramírez de la Piscina
 - E. Rafael Moreno, "Pitxitxi"
- 130.** ¿¿Cómo se denomina la proteína acoplada a la proteína G estimuladora, cuyos efectos producen a través del incremento de los niveles intracelulares de AMP cíclico?
- A. Maripili Sánchez
 - B. Roberto Sánchez
 - C. Marcelino Sánchez
 - D. A + B
 - E. B + C

RESPUESTAS

1. E) A+D

Consulte Ud la página 35

2. E) El Lóbulo Prefrontal

Lo demuestra el hecho de que en la Psicosis este reflejo está abolido (págs 36 y 38)

3. A) Abolido

Esta pregunta va unida a la anterior. Al comprobar que el reflejo está abolido en la Psicosis podemos deducir que depende del Lóbulo Prefrontal (págs 37 y 38)

4. D) B+C

La técnica de Pitiklinov consiste básicamente en que dos fornidos auxiliares sostienen a la paciente boca abajo sujetándola por ambos tobillos mientras que un investigador pellizca alternativamente las plantas de los pies a nivel del punto N. Hay que reconocer que resulta un poco violenta (pág 37)

5. B) Que sirve como marcador de la Psicosis

Hemos puesto B porque es lo que dicen los autores del trabajo pero en realidad puede cumplir también una función estética e incluso sexual (pág 38).

6. C) El Scepticus Imperterritus

El Scepticus Imperterritus no pertenece de ninguna manera a la familia de los Ideovirus. Ver página 117

7. E) Todos los anteriores

Todos los mencionados pueden vehicular ideovirus. Consulte Ud la página 118

8. D) Dudas

Por definición, los fanáticos nunca dudan. Siempre están seguros, especialmente de lo que los demás deben hacer (pág 121-124).

9. A) El Instituto Clínico-Universitario de Lutxana-Erandio

Por favor, la duda ofende. No se puede comparar al Instituto de Lutxana-Erandio, faro de la ciencia mundial, con esa birria de Universidades (pág 114).

10. B) Encefalopatía Post-Anóxica

Los tratamientos de estas infecciones son muy agresivos y a veces hay que pagar un precio. Todo tiene sus pegas (pág 127).

11. B) Pecaminosas

No comment (pág 23 y ss)

12. D) Fútbol Profesional

Los otros principios aquí mencionados no ayudarían tanto (pág 23).

13. E) Se decidirá por subasta.

La ficha del psiquiatra se decidirá por subasta pero por supuesto que pensamos que debería ser mayor que la de cualquier futbolista (pág 23-24)

14. C) Podría estar permitido

Es más, es recomendable para dar categoría y prestancia (pág 24)

15. A) Debería celebrarse

A bombo y platillo porque tiene mucho mérito (pág 25)

16. B) Ya no depende de la Geografía

La globalización e Internet lo están cambiando todo. Vea Ud. la página 26 y ss.

17. E) Es un lío

Cada uno lo ve a su manera y uno lee de todo (pág 26 y ss)

18. A) No deberían dar por supuesto que son patrias

Lo de las naciones es otro auténtico lío pero ahora las naciones no deben confiarse y considerar que tienen a los ciudadanos que han nacido dentro de sus fronteras como seguros. Si no lo hacen bien podrían quitarles la categoría de patria (pág 28-30)

19. C) La ONU

Es mejor que un organismo internacional se encargue de ello, aunque nadie es perfecto (pág 28).

20. E) Todas las Anteriores

Un país que no ofrezca estas cosas no puede considerarse patria ni nada de nada (pág 29).

21. B) Acortar el periodo MIR

Lo que hay que hacer es precisamente alargarlo, a poder ser hasta los 25 años y sin aumento de sueldo (pág 153)

22. C) Bayetas Scotch-Brite

Estas bayetas son demasiado caras. Ni hablar (pág 154).

23. E) Puede ser uno de los sistemas de concierto

Puede reducir el gasto sanitario al traspasar el coste de caras exploraciones y otros procedimientos a los extraterrestres (pág 155)

24. A) Consiste en pagar un dinero a los pacientes

Consiste en darle al usuario de golpe la cantidad que se calcula que nos haría gastar en toda su vida sanitaria. Económicamente igual no sale muy rentable pero ¡la tranquilidad que ganamos...! (pág 155-156)

25. E) Todos los anteriores

Mejora todo. Cuando todo el mundo puede sacar tajada, las cosas marchan mejor (pág 157).

26. C) Es un animal

Una cebra está claro que es un animal. A partir de ahí lo demás no está muy claro. El que piense que la respuesta E también es cierta que la impugne si quiere (pág 174 y ss).

27. D) No se sabe

La Escuela de los conductores dice que es un trozo de calzada y la Escuela de los peatones que es un trozo de acera. Hacen falta más estudios (pág 174 y ss)

28. E) Ninguna se debe hacer

En un paso de cebra, según los criterios DGTM-IV (Dirección General de Tráfico Mundial), todo esto está prohibido (pág 178)

29. E) El mayor estudioso del mundo del Espectro cebriforme

Y, además, el creador del concepto de Espectro Cebriforme. Consulte Ud la página 177.

30. A) Hace referencia a un espacio virtual alrededor del paso cebra

Aunque la definición científica que aquí recogemos puede utilizarse en un juicio, todavía no está aceptado en ninguna ley, decreto, ni ordenamiento legal (pág 177)

31. D) En un zapato

Como el superagente 086. Los otros métodos son un tanto invasivos y pueden originar ideación delirante, sobre todo en psicóticos; aunque hemos de reconocer que en algunos pacientes –los maníacos, por

ejemplo, que tienden a desvestirse y tal vez descalzarse o en los psicópatas, que los venden— esto puede interferir con los resultados (pág 180-185).

32. C) Frecuencia Cardíaca

Ni la frecuencia cardíaca ni ningún otro parámetro clínico se controla con este chip que únicamente registra parámetros mecánicos o espaciales. Esto hace precisamente que un diagnóstico de este tipo tenga tanto mérito (pág 181).

33. A) Depresivos

En los Depresivos graves el registro puede llegar a ser un punto ya que el paciente no se mueve de la cama. Vendrían después los agorafóbicos, que no salen de casa (pág 183).

34. E) Todas ellas

Todas las reflejadas son características de la marcha psicopática. Consulte Ud. la página 184.

35. B) Esquizofrénicos

En los Esquizofrénicos el registro varía mucho según sean hebefrénicos, paranoides, sigan o no tratamiento, etc. Esto podría indicar también que La Esquizofrenia es un diagnóstico poco fiable (pág 184-185)

36. E) Todas son ciertas

Los gafomas se han relacionado con diversos factores. Según la Teoría Psicosomática de Alexandkristin, surgen de complejos inconscientes; ciertas teorías tóxico –ambientales– alimenticias inciden en la importancia de la heroína blended; la teoría inmunoalérgica ha sido elegantemente combatida tras someter a un concienzudo interrogatorio a los indicios que la sustentaban, y gracias a la genial intuición del Profesor Esculapio se ha podido comprobar que los individuos portadores se caracterizan por una lamentable falta de higiene (pág 47-56).

37. C) Las gafas de sol se ven invadidas por melanocitos alevines

Es rigurosamente falso que las gafas se formen en la décima semana del desarrollo embrionario, y como persista Ud en esa afirmación será mejor que vaya hablando con sus abogados. El uso de gafas de marca pija no preserva del desarrollo de gafomas, si se dan las condiciones de ausencia de higiene descritas por el grupo del Profesor Esculapio. Si el puente de las gafas se formase a nivel de las pterigoides sería sumamente incómodo llevarlas (repase la Anatomía, si no quiere que

revisemos su título de licenciado). El punto final del desarrollo gafario es la colonización por melanocitos alevines, si se trata de lentes ahumadas (pág 47-48).

38. E) Todas son falsas

El xenotransplante de gafas de mandril no se recomienda, porque estos simios no llevan gafas. Los gafomas recidivantes no requieren un abordaje quirúrgico radical, sino más bien un enfoque pedagógico destinado a conseguir que el sujeto se limpie más y mejor las gafas. Sorprendentemente, aquí no está indicada la profilaxis aspirinosa; otra vez será (No viene en el texto, pero es así: créanos).

39. E) Todas son ciertas

La teoría disenzimática de los gafomas sostiene que se deben a alteraciones en el metabolismo lipídico, mientras que para la teoría sociológica lo que sucede es que las clases celulares desfavorecidas promueven un golpe de estado con perniciosos efectos para la subsistencia de las gafas. Finalmente, McHimbarrena postula que los gafomas están desencadenados por un Goggleome Inducing Virus (GIF) (pág 49-52)

40. E) A + D

La dieta de las madres clarisas, basada en los huevos que reciben de los novios en pago a sus rezos para que luzca el sol el día de los esponsales, constituye un alarmante factor de riesgo. Aunque, a excepción de ciertas superiores, estas religiosas no se caracterizan por presentar una Personalidad Tipo A ni –salvo en casos aislados- tienen pliegues diagonales en el lóbulo de la oreja, su afición al tabaco es otro factor de riesgo; desgraciadamente, eluden la prohibición de consumirlo existente en sus conventos acudiendo a cafeterías cercanas en las que se permite fumar (pág 146-151).

41. E) Los huevos blancos obtienen días de boda más soleados que los huevos morenos

La tradicional ofrenda de huevos es un método eficaz para obtener un día de esponsales vistoso. Los huevos deben ser de gallina, ya que si se emplean los de otras aves los resultados pueden ser decepcionantes; los de codorniz obtienen días menos soleados, y con los de avestruz se han descrito golpes de calor. Dawson y su grupo comprobaron que si la oferta era de huevos morenos el día resultaba más soleado que si se utilizaban huevos blancos. Los dulces elaborados por las clarisas son innegablemente excelentes. Diversas iniciativas legislati-

vas en materia de Derechos Humanos propugnan la prohibición de las sesiones – chapa con exhibición prolongada de fotos de los esponsales. Esta pregunta la podría haber contestado si además del texto hubiera Ud consultado bibliografía suplementaria, como hacen los buenos estudiantes.

42. D) Campylobacter Delirans Pastorellii

El trastorno delirante responde bien al ágar-perfenazina (0.2 ppm) en la Shigella paranoidea Pastorellii, pero en el Campylobacter delirans Pastorellii se recomienda el ágar-haloperidol (0.05 ppm). El Hemophilus borderlinus Pastorellii ha sido tratado con todo tipo de preparados (últimamente se preconizan las preparaciones de ágar con antimicrobiales), mientras que no existe un tratamiento específico para la Salmonella Schizoidea Pastorellii ni la Neisseria Hipocondriaca Pastorellii (los ágar con ISRS se acompañan de brusca supresión de las mitosis, con agotamiento demográfico de la colonia) (Consulte Ud en *Pastorelli L. Complete Works, 3rd Re-impression of the 4th Edition; Milano: Pastorelli and Son, 2005*)

43. C) Erotomanía

El único cuadro de los referidos que se ha descrito es la Escherichia Erotomaniaca Pastorellii, por el eminente Psicobacteriólogo Luigi Pastorelli (pág 91-95)

44. A) 10 trísticos

El decatrístico equivale a 10 trísticos, lo que no supone una depresión enorme (pág 22).

45. C) El Neurio

La unidad de medida de la ansiedad es el Neurio, si bien la escuela británica propugna el uso del “anxio”, que contiene 17 jitters y equivale a 3.89674 neurios (pág 19).

46. B) La depresión

Lo único cierto es que la escala de Barrymore-Leblanc mide la depresión (pág 19)

47. A) Elogiar a las figuras más representativas del saber médico de su hospital

Integrado ya perfectamente en el microcosmos de su hospital, el residente de tercer año debe estar ya en disposición de elogiar las figuras más representativas del centro. No es requisito indispensable que

suba la cuerda lisa, y la exposición a la obra de Lacan es controvertida (existen denuncias por bullying contra los adjuntos que la fomentan). Aunque se agradecería una fugaz aceleración a efectos de que el residente llegue antes al Servicio de Urgencias, este requisito no se exige formalmente, como tampoco una dicción exquisita (pág 102)

48. E) Todas son ciertas.

Además de aprender las técnicas básicas para colocar sus pacientes a otros compañeros y servicios, es conveniente que el residente de primer año realice tareas de lacayo de sus adjuntos con el fin de hacerse especialista de provecho, siguiendo el tradicional modelo de la mili, de eficacia contrastada al efecto (pág 98).

49. D) Todas son ciertas

Desde el punto de vista formativo, el residente de segundo año debe ser capaz de enunciar y ordenar por su prestigio (y factor de impacto) las grandes revistas de la especialidad, pero al margen de seguir procurando el bienestar de sus mayores debe mantener el cuerpo sano (pág 98-99).

50. D) A + B

El objetivo docente del programa formativo es que el residente acabe suficientemente quemado la especialidad. Si encara el futuro con optimismo deberá repetir toda la residencia hasta que demuestre su suficiencia en el desgaste y hastío profesionales (pág 96-103).

51. C) La depresión

El Saddy, efectivamente, es la unidad de medida de la depresión para el sistema anglosajón. Contiene 20 pitilies y es la doceava parte de un mournfully. Equivale a 9,327 tristios, la unidad de medida internacional (pág 20 y 22).

52. A) La centésima parte de un tristio

Un centitristio es la centésima parte de un tristio, con lo que no se obtiene una baja por nervios ni con el médico de cabecera más complaciente. El número de veces que contiene el diámetro la circunferencia es el número π , tanto en la península como en Canarias (pág 22).

53. E) Todas son ciertas

Al ágar-panfilón, preparado con el antidepresivo campeón, es eficaz en todas las formas de depresión bacteriana (ver Pastorelli L. *Panfilon in Bacteriological Psychiatry*; en Smith CA, editor, "Panfilon: fifteen years and still marcando la diferencia", Bilbao: Presses Universitaires de Leioa, 2005)

54. D) Venerando de Zamudio

Venerando de Zamudio entre otros píos monxes revisaron la antedicha qvestión. Nemesio de Artzeniega et Lino de Oquendo sont dos monxes que mucho laboraron sobre los sanctos que más et más cumplidamente fazent milagros en el su códice “*De la Milagería Basada en la Evidenzia*”, et Eulogio de Castroxeriz et Sigmund Freud dedicáronse a otros menesteres (pág 109).

55. B) Abate Uriarte

Los grandes et traszendentales conzeptos antedictos débentse al Abate Uriarte en su códice “*De la efectividad et la especificidad de los reços et sacrificios et jaculatorias a los muchos sanctos que pueblan el celestial reyno, et de otras consideraciones et prudentes observaciones*” (Dei Anno 1304) (pág 108)

56. A) Clark Ashton Smith

Una cosa es que Ud no estudie, pero por lo menos podría haberse dado cuenta de que el único científico de todos los enunciados que se dedica al campo de la mente es Clark Ashton Smith (pág 105).

57. C) Pitiklin Pitiklinov

Pitiklin Pitiklinov, preclaro psiquiatra originario de la Margen Izquierda de la Ria de Bilbao, pasó a la Historia de la Medicina, entre otras aportaciones, por haber acuñado el término pichigüili y por el concepto de Personalidad Nasal, ante las que palidecen las contribuciones de los aficionadillos que le acompañan en el enunciado de la pregunta (pág 106)

58. E) Don H. Logan Jr

Si no lo sabía, al menos tenía que haberse dado cuenta Ud de que es el único que no ha jugado en el Athletic de Bilbao (pág 106). ¿Ha hecho pocos exámenes tipo tests, o qué?

59. B) No aparecer aún en el DSM

Soprendentemente, la APA aún no incluye el concepto en sus tratados (*DSM-IV-TR, 2000*)

60. E) A + D

Según Logan Jr, lo central en las regresiones nasales puede haber conductas de manipulación autoerótica intra y extranasal, que lógicamente se unirán a otras cochinadas inespecíficas y polimorfos (pág 106)

61. C) Sanct Cosme

Véase et cotéxese el manuscrito de Arcadio de Bedia (páxina 112)

62. C) Sanct Damián

Véase et cotéxese el manuscrito de Arcadio de Bedia (páxina 112)

63. A) Los rezos a Sanct Cosme et Sanct Damián sont ephectivos en el tratamiento del dolor de muelas

Los rezos et orasziiones a los antedictos sanctos son ephectivos en el tratamiento del predicto mal, sed sontlo más, et más espeziþicos, los rezos a Sanct Damián (páxina 109-112)

64. D) Tabaquismo

Hay (habemos) bilbainos que no han (hemos) fumado en toda su (nuestra) vida. Consulte el caso clínico (169-173) y no de más guerra.

65. E) Felipe Hidalgo es un receptor dopaminérgico

La familia Gutiérrez son los receptores glutamatérgicos; los Domínguez son los dopaminérgicos, y los Núñez, los noradrenérgicos. Los verdaderamente histaminérgicos son los Hernández. La escuela baska sustituye, para los serotoninérgicos, el apellido Sánchez por el autóctono Senarriaga, pero ya se sabe cómo somos los baskos (pág 219-220)

66. A) Psiquiatría Bacteriológica

Como no lo haya sabido es que no se ha leído Ud el libro, lo que nos parecería muy mal y muy feo.

67. C) Neumococo

Consulte Ud la página 71 y no dé más guerra.

68. E) Los ágar combinados con antidepresivos están indicados en cualquier cosa

Como en clínica humana, los antidepresivos se autoprescriben en cualquier patología psicobacteriológica (*Pastorelli L. New uses of SSRI in Psychobacteriology: from affective status to the effective washing of Petri plates. Castell La Manch Psychobacteriol J 2002; 12: 21-173*)

69. E) Las mujeres son más bajas que los hombres

Las mujeres son inferiores a los hombres, como sagazmente demostró el Profesor Esculapio (pág 67).

70. D) Charles Baudelaire

Véase la pág 61. El afamado poeta francés emitió algunas otras opiniones curiosas sobre las mujeres que parecen haber pasado desap-

cibidas para el Profesor Esculapio. En su "Elogio del maquillaje", aun elogiando la habilidad femenina en el arte del maquillaje y perfume, no deja de horrorizarse porque las mujeres no disimulan sus instintos primarios: *La mujer tiene hambre y quiere comer. Tiene sed y quiere beber. Está en celo y quiere copular. Vaya mérito! La mujer es natural, es decir, abominable.*

71. C) Shygella dysthimica Pastorellii

Tal como lo lee: créanos.

72. D) Clodomiro de Mallabia

Clodomiro de Mallabia (1206-1265), pío monxe del Monasterio de Zaldirar, scribió sessudos códices sobre las magnas et prodigiosas diferencias entre los filios de Adán et las Filias de Eva, quando de asuntos terrenales et celestiales sont las nuestras cavilasziones. Bernardo de Balmaçeda (1210-1280) era el menesteroso cocinero del antedicto monasterio, Euloxio de Apatamonasterio (1195-1258), el monxe portero, et Herminio de Sopena (1203-1285), el su campeón de mus formando parexa con el pío Fray Clodomiro de Alonsotegui (1201- 1277) (página 109). Qventant las crónicas que mucho desconcertaba a los sus adversarios quando de pasar la seña de treinta et uno trátabase, pues padecía de un maligno tic.

73. D) Laborabant en Cilicia en el Assia Menor

Non est cierto que Cosme et Damián laborarant en Bassurto nin hubierant consulta aun pagando los diezmos de autónomos. Non est menos falso que laborarant faziendo certificados. Laboraront en Cilicia, en el Assia Menor, hasta que la paganería dioclecianense dio en terminar con las sus vidas (página 110).

74. C) Diocleciano

Est este el mendaz et crudelísimo emperador que rexía Roma quando los dos antedictos et sanctos varones fueron martirizados (página 110).

75. D) Xantelasmas

Por el momento, no se ha asociado con el colesterol ni el encanecimiento precoz del bigote, ni la hipertrichosis auricular, ni la elongación de las estalactitas nasales, ni el hallux Valgus. Pero todo se andará. (Salgado E, Rottenmeier S. *Discipline anglaise chez les gourmands. J DisCIPL Aliment 2006; 23: 12-21*)

76. E) A + B + C

Los bilbainos suelen despertar la irritación de sus vecinos por sus modos pomposos y perdonavidas, que les llevan a hacer ostentación de su dinero (o de sus créditos), y a dedicar ensañarse con las personas de otras provincias insultándoles o tratándoles con condescendencia. Otro motivo para la animadversión es la llamada “política de cantera” del Athletic de Bilbao, que consiste a veces en rapiñar en las canteras de Gipuzkoa, Navarra, Alava, e incluso la Rioja, para disgusto de los naturales de cada uno de estos territorios. Aparte de esto, toda esta genticilla se muere de envidia porque los bilbainos somos más listos y más guapos (pág 169–173).

77. C) Útiles

No se han descrito los estudios útiles que tomaron como muestra a estudiantes de Medicina desamparados, a menos que se considere la utilidad exclusivamente desde el punto de vista del engorde curricular de los profesores (pág 188).

78. D) MiniMental State Examination (MMSE)

El MMSE de Folstein es un test de screening cognitivo que no es aplicable a las maneras y modales en la mesa. En cambio, sí se emplean para este menester todos los demás (ver pág 190-191), así como el subcapítulo de regüeldos en la comida (con su apéndice para la sobre-mesa) del Inventario de Regüeldos, Bihotzerres y Molestias Postprandiales de Yamagata – Zabala (Consúltese Número Monográfico de Le Practicien Souletin 1999; CXC VII)

79. D) Exorcismo

Los ISRS y el topiramato son medicamentos utilizados en todo tipo de problemas psiquiátricos, desde razonamientos psicopatológicos y bioquímicos variados y floridos, pero no es procedente su empleo en cuestiones que exceden los límites de la ciencia psiquiátrica para invadir plenamente el terreno de lo moral. Idéntico razonamiento puede aplicarse a la Estimulación del Nervio Vago. La solicitud de necropsia puede despejar la incógnita de si existe algún defecto estructural detrás de la perversión, pero evidentemente carece de utilidad para el tratamiento y rehabilitación del individuo. A falta de conocimientos más profundos sobre la etiología esta severa condición, el exorcismo por parte de un profesional cualificado puede ser eficaz en algunos casos (pág 198 y ss).

80. E) El Athletic de Bilbao debe contratar jugadores extranjeros

La Txori-Herri Medical Association tiene por norma dedicarse cuestiones trascendentes, y deja las de segundo orden para otras asociaciones y profesionales. Desde su preocupación por las cosas serias, creó su Committee on Football Affairs (CFA), que estima que puesto que los tiempos cambian, el Athletic de Bilbao debe contratar jugadores extranjeros y, además, debería alinearlos en los partidos oficiales (pág 214-216).

81. B) El electricista, que dispone además de conocimientos básicos de fontanería y terminó entre los 100 primeros la carrera popular “Desde Santurtzi a Bilbao”

Consúltese *THMA's taskforce for the development of a clear, efficient system of curriculum display in Mental Health Center Professionals (THMATDCESCDMHCP)*. “Understanding the clear, efficient system of curriculum display in Mental Health Center Professionals” (Mauleon: Presse Médicale de Zuberoa; 1999; pp 3-3087)

82. E) La sintomatología es más acusada cuando el paciente se encuentra en Bilbao

Todos los rasgos descritos son ciertos, salvo el último. Los bilbópatas exhiben lo más granado de su sintomatología (esto es: se ponen insufribles ejerciendo de bilbainos) cuando están lejos de su lugar de origen (pág 170-171)

83. D) Tiene nombre de mujer fatal

Lo de neurotransmisor acabará olvidándose según cómo defina la ciencia este concepto o en función de los nuevos términos que haya que acuñar para englobar a las sustancias sabrosas que se van descubriendo día a día. Hay discusión sobre la efectividad de la serotonina como lubricante (a favor: *Grant et al. Serotonin vs Three-in-one. Results of a double – bind placebo – controlled clinical trial. Serotonin Iss 2001; 43: 23-34*; en contra: *Trent et al. Is serotonin a useful lubricant? The null hypothesis. Serotonin Iss 2001; 43: 35-46*). La patxaran hidroxilasa no interviene en el metabolismo de la serotonina. Lo que está claro es que la serotonina, además de llevar 20 años siendo inevitable en Psicofarmacología, tiene nombre de mujer fatal, como atestigua el poema edípico del Profesor Artur Osvaldo Edson Da Correia Do Nascimento Da Virxen Maria E Do Ninho Jesús (pág 46),

84. D) Tiene demasiados conflictos intrapsíquicos como para poder manejarse en la vida dignamente

A medida que supera los años de formación, el residente de Psiquiatría debe pasar por sucesivos estadios o fases a la hora de describir a sus compañeros. Las expresiones faltonas como “es un *chalo de laciano*”, “*sólo entiende de neurotransmisores*” o “es una *histeria de libro*” deben dominarse con soltura en el tercer año de residencia, pero en el cuarto año el residente debe ser ya capaz de describir a sus compañeros de una forma conmisericordiosa (nótese además que así como el R-3 aún se refería a sus adjuntos como “*dr*” o “*dra*”, el R-4 los llama por el nombre o el apellido, rebajándolos así de la peana). Ciertamente, el MIR que a la altura del cuarto año de residencia el MIR aún habla bien de la gente es un caso perdido y debería comenzar de nuevo la especialización (o, mejor aún, abandonar la profesión) (pág 102)

85. B) La calidad del papeo

Aunque el neuro y el trístico fueron las estrellas del congreso, el desacierto de la escuela inglesa en torno a la adopción del sistema métrico decimal y su insistencia en el uso de unidades propias deslucieron los resultados de una reunión científica llamada a ser toda una *milestone* de la Psiquiatría. Hubo unanimidad acerca de la calidad de la comida, que al fin y al cabo es lo importante en estos eventos (pág 19).

86. A) Un sitio de la cabeza

El inconsciente está en la cabeza. El resto de respuestas son una idiotez (pág 33).

87. A) Retomar la problemática

Aunque el establecimiento de prioridades al respecto es discutible, la retoma de la problemática es el punto central del abordaje multisistémico. Algunas escuelas heterodoxas han preconizado la colaboración intersubjetiva como eje vertebrador de la problemática interestructural, pero hoy en día dicho punto de vista está totalmente desacreditado tras las investigaciones de Arsaldo y Tironceles (pág 40)

88. B) Su misión consiste en desmetaforizar las contradicciones a las que se vea abocada la Delegación de Puesta en Común y Verbalización. La Comisión de Estudio de la Problemática tiene como misión desmetaforizar las contradicciones a las que se vea abocada la Delegación de Puesta en Común y Verbalización. Para nada se supedita al comité de redefinición del contexto, que de hecho es un órgano menor entidad y escasa capacidad ejecutiva (pág 43)

- 89. C) Un elemento vacuo, sin contenido, oscurecedor y confusional**
La problemática sin contexto es algo horrible, en efecto (pág 41)
- 90. E) Comité de Farras de Eithmendi y Thorizes**
Este comité es impropio de un tema serio como la problemática interestructural (pág 40-44).
- 91. E) Todas son ciertas**
Pues eso, evidente (pág 43).
- 92. D) Tener alguna utilidad sexual o religiosa**
No se conocen casos de consoladores o de rosarios entregados por laboratorios como regalo. En todo caso se trataría únicamente de una característica anecdótica, que no afecta a la esencia del concepto (pág 134)
- 93. D) La presencia de elementos metálicos, si el pichigüili es un bolígrafo**
Aunque los bolígrafos con partes metálicas constituyen un estándar de calidad entre las diversas categorías de pichigüilis, los bolígrafos de plástico en su totalidad son tan pichigüili como los metálicos (pág 134).
- 94. B) La información científica en papel satinado y con gráficos de colores**
Ninguna escuela acepta en la actualidad los panfletos de información científica y separatas entregadas por los laboratorios como pichigüili (pág 133 y ss).
- 95. A) Fáciles, Difíciles, Aleatorios y Operantes**
Esta clasificación se considera definitiva después del trabajo realizado por el grupo de consenso de la Task Pichigüilis Force en 1982, y sometida a revisión en el II Pichigüilis Meeting llevado a cabo en 1991, en Gatika. La puede encontrar, sin esforzarse mucho, en las págs 135 y 136
- 96. E) Todas son correctas**
El establecimiento de fenómenos de aprendizaje condicionado mediante la asociación entre un estímulo neutro y un acontecimiento se ha demostrado útil en el entrenamiento de ratas y de médicos, incluyendo psiquiatras, si bien se ha cuestionado su legitimidad ética, en el caso de su uso en ratas (pág 136)

97. C) Que el estímulo más eficaz es la información científica

El condicionamiento clásico es uno de los mecanismos de acción postulados. La información científica, más que un refuerzo positivo parece ser un elemento altamente aversivo. En varios ensayos y experimentos in vitro e in vivo parece confirmarse que los jefes de servicio son algo más inteligentes que las ratas de laboratorio y éstas a su vez más que los residentes de primer año (pág 139)

98. E) Todas son correctas

En efecto. Apuntar que no hay cosa más patética que ver a un adjunto añoso o a un jefe de servicio haciendo acopio de pichigüilis baratos mediante el saqueo (pág 136-137).

99. E) Todas son ciertas

Esta modalidad, practicada por adjuntos veteranos y jefes de servicio, requiere en muchos casos de un proceso previo de selección. Si no se objetivan pichigüilis de buena calidad es mejor no desperdiciar habilidades y dedicarse directamente al saqueo de caramelos, libretas y bolis, preferentemente delegando la tarea en algún residente (pág 137)

100. A) Que la utilización de mires esclavos como elementos de acarreo esté rigurosamente prohibida

No solo no está prohibida, sino que es una modalidad deportiva en auge y que favorece el aprendizaje de los esclavos. Es interesante y recomendable la lectura del artículo de investigación de Penttato y Solorio acerca de las peculiaridades y artes de captura del sexo femenino: (*Use of feminine weapons in pichigüilis capture championships. Psychiatici Sports 1999; 23:111-164*)

101. E) Retortijón

Es evidente que no tiene ninguna relación. El origen etimológico de la palabra ha sido objeto de innumerables estudios por parte de filólogos de toda índole, aunque hoy en día las hipótesis más aceptadas son la del zapato y la de las pamplinas que cuentan con argumentos sólidos (pág 144-145).

102. A) Test de Resistencia a Comidas Hospitalarias de Arguiñano

Dicha prueba cuenta con innumerables estudios que respaldan su fiabilidad y sensibilidad en ámbitos hospitalarios tradicionales, a pesar de que no se ha comprobado su utilidad en modalidades modernas de alimentación hospitalaria, como los *self services* (pág 163).

103. E) Todas son ciertas

En líneas generales parece que la formación hospitalaria favorece y selecciona rasgos obsesivos y mayor respeto a los mayores, mientras que la comunitaria conduce con mayor facilidad a la vida disoluta y al olvido de las tradiciones (pág 168).

104. A) MIR de formación comunitaria

Si bien es cierto que se han descrito casos aislado de evoluciones catastróficas e irrecuperables en mires expuestos a formación lacanianamente temprana, no existen aún datos para generalizar dicha asociación y se necesitan más estudios. En todo caso el sentido común recomienda evitar experiencias traumáticas hasta bien avanzada la residencia (R3 al menos) (pág 167)

105. A) Los jefes de cualquier tipo

Aunque parecen existir elementos idiosincráticos, de probable origen genético, en la tendencia a comerse marrones y a hacerse cargo de pacientes interesantes, parece demostrado que los jefes de cualquier tipo desarrollan abrumadoras habilidades al respecto, y que salvo excepciones, puede darse por bueno el aforismo: "Cuanto más arriba, mejor aire se respira" (Vea Ud *Thorizes JA, Mertxe. Estrategias de Supervivencia en la Residencia. Dribl Slalom Rev 1987; 15: 33-37*, que para algo le ponemos la bibliografía, hombre/mujer).

106. D) El clorhidrato de membrillo

El Panfilón ha supuesto un hito en la historia de la medicina comparable al descubrimiento de la penicilina o del sildenafil. Las propiedades antidepressivas del membrillo, conocidas por pueblos primitivos como los alaveses desde hace siglos, han maximizado su potencial tras las investigaciones de Labs LaChorra, líder mundial en psicofármacos, en alimentos transgénicos y en medicina tradicional china (pág 74 y ss).

107. E) Todos los anteriores

Todos ellos han sido descritos como efectos colaterales de la ingesta continuada de Panfilón. Recientemente ha habido una cierta alarma (injustificada) tras describirse casos aislados de anisarmonía y digitálois (Parcuato y Celesmerón, comunicación personal) (pág 74 y ss)

108. B. Panfilón Chewing Gum"

Las demás presentaciones no traen cromos (*ver ficha técnica de Laboratorios Lachorra*).

109. C. 181

El cromó número 7 es el de Iribar. El 66, el de Jesumari Zamora. El 413, el de Julen Guerrero. No hay cromó 3,1416 (ver álbum de cromos de Lachorra Inc.)

110. D. Todas son ciertas

Además de las funciones explicitadas (pág 41), esta Delegación asume otro tipo de tareas como las indicadas, aunque la prudencia y la corrección política impongan que no aparezcan en el texto, y no impugne, que es peor.

111. D. A + B

La función del Equipo de Individualización de Espacios es la modificación del contexto temporoespacial para de este modo adecuar las estructuras. Está jerárquicamente supeditado al Comité de Estudio de la Problemática (pág 43).

112. E. Todos ellos

Los dos primeros ya aparecen en el texto (pág 79-82), así que con el enunciado de la pregunta tenía que haber sido capaz de deducir que el tercero también es un efecto de este producto apócrifo. Y no proteste.

113. D. Elevado valor intrínseco

Los pichigüilis son los objetos que se distribuyen en los stands de los laboratorios durante los congresos médicos, y por los cuales se pelean los médicos. Entre sus características generales figuran la inutilidad, la duración escasa, el agotamiento inmediato de las pilas (aplicable únicamente a pichigüilis electrónicos) y la tendencia a explotarse y poner perdido de tinta al usuario (aplicable a los bolígrafos). Es infrecuente que tengan un elevado valor extrínseco (aunque puede establecerse a partir de esta característica una subcategoría de pichigüilis). Por lo tanto, no puede sostenerse que se trate de una característica general.

114. E. Todas son legítimas y homologadas por la Federación Internacional de Captura de Pichigüilis, pero sólo la A, B y C están reconocidas por el Consejo Mundial de Captura de Pichigüilis, mientras que para la Asociación Internacional de Captura de Pichigüilis todas, salvo la B, serían legales.

Esta es para matrícula. Ya sabemos que esto no viene en la Antología, pero lo hubiera encontrado en la monografía que consultan al prepa-

rar este tema los buenos estudiantes: “*Sistemas de puntuación en captura de pichigüilis: un comparativo de los criterios de la Federación Internacional de Captura de Pichigüilis, el Consejo Mundial de Captura de Pichigüilis y la Asociación Internacional de Captura de Pichigüilis*”, de Uriarte y cols (Auckland: Basque Diaspora Archives, 2004).

115. B. Una suscripción a “The Txori-Herri Medical Journal”

¿Acaso lo duda?

116. D. Aleatoriedad

Las características de los pichigüilis difíciles son la Escasez, la Fugacidad y el Dificil Acceso (pág 135). La aleatoriedad es propia de los pichigüilis aleatorios (pág 136).

117. E. Guardar en la boca (Maniobra de Pelikan)

Es verdad que no viene en el texto, pero no nos diga que no podía haberla deducido.

118. C. Exuperancio Alvarez

Según la normativa de nomenclatura de receptores de la THMA, el receptor que cumple estas características es Exuperancio Álvarez (los Álvarez son los antiguos adrenérgicos). La obsoleta nomenclatura clásica lo denomina _2.

119. E. La Langostino Mayonesasa

Las enzimas Cocido-Reductasa, Pez-Hidroxilasa y Vaina-Decarboxilasa las puede encontrar en el texto (pág 163). Si ha trabajado en un hospital habrá ejercitado su Atxikoria-Deshidrogenasa, pero aunque no lo haya hecho está Ud en la inopia si piensa que es habitual en ese medio poner en marcha la langostino-mayonesasa.

120. C. Ablación testicular y biopsia

El test consiste (pág 163) en la administración oral de una muestra de comida hospitalaria y la observación posterior del sujeto, que es sometido acto seguido a analítica completa, EKG, RMN, MMPI, Test de Embarazo y en los casos pertinentes, autopsia. No se contempla la ablación testicular y biopsia.

121. E. Todas son ciertas

La Escala de Habilidades Sociales de Txema y José Luis es una escala autoaplicada que mide la capacidad para relacionarse y desenvolverse en las situaciones sociales cotidianas. Valora entre otros aspectos qué se

debe decir si se coincide con un jefe de servicio a solas en el ascensor, quién debe pagar el café si se toma con un adjunto y un Mir de categoría inferior, o como contestar adecuadamente a un ATS que se pone chulo. Contiene una subescala que mide la soltura en las relaciones con los fenicios (o Visitadores Médicos), especialmente la habilidad para obtener pichigüilis de calidad (pág 163). Además es muy bonita.

122. C. El sonado apropiado de los mocos

Vaya a la pág 164 y verá cómo es verdad

123. E. Domingo

Si se hubiera fijado en el enunciado no le haría falta ir a la pág 164 para ver que es ésta la respuesta. Y no proteste, que le ponemos un punto negativo.

124. A. Habilidades de evitación de comerse marrones

La Escala de Escaqueo de Thorizes y Mertxe evalúa la cintura en situaciones dificultosas en las que el MIR, en situación de inferioridad y minusvalía frente al abuso del adjunto/jefe de turno, se ve en la tesitura de comerse un marrón. Incluye una subescala de Técnicas de Evitación de Pacientes Muy Interesantes (pág 164).

125. B. A las gestas amoratorias

La Escala de Ligues y Farras de Eizmendi (pág 164) mide retrospectivamente el número de ligues y farras en el último año, pero –prudente cautela– contiene un factor corrector para las exageraciones en el aspecto amoratorio.

126. A. Por razones humanitarias

Evidentemente; si no ha sido capaz de pensar en ello es que le adoran a Ud rasgos sádicos. Además, está en la pág 165.

127. A. La tolerancia a comidas hospitalarias

Esta característica fue propia de los mires hospitalocéntricos (pág 165). Las restantes destacaron en los hospitalófugos (pág 165-167).

128. E. Todas son ciertas

Repase las páginas 74 a 76 y calle.

129. A. Eladio Hernández

Según la nomenclatura receptoril de la THMA los receptores histamínérgicos son la familia Hernández. Fíjese bien: “H”, de histamínérgico (o de histamina) y “H” de Hernández. Esta era muy fácil, no proteste si se la damos como mala

130. E. B + C

La nomenclatura receptoril de la THMA denomina Sánchez a los receptores de la serotonina (“S” vale para serotonina y para Sánchez, ¿lo ve?). Hablamos de receptores, y no de receptoras, así que Milagros no puede ser. Se trata de Roberto Sánchez y Marcelino Sánchez (5-HT₄ y 5-HT₇, en la trasnochada clasificación clásica). Esta era un poquito más difícil, pero tampoco es para tanto.

Índice onomástico

- ALEXANDKRISTIN, 52
ANDRAKAS, Warren G, 114, 129, 131, 132, 133
ARGUIÑANO, 163
ARNOLD, 51
ASTIZ, 52
ASTRABUDUA, Wolfgang Yakimoto, 31-34
BEDIA, Arcadio de, 108
BENITEZ, Sugar Ray, 177
BILBAO, 173
BILBAO McRAE A, 130
BISHOP, 36, 39
BIURRUN, 35, 39
BOND... James Bond, 36, 39
BURMENT, 50
CAMPAGNOLO, Baldomero, 79
CARPENTER, 36
CHING-TSUI, Li, 80
CLERAMBAULT, Gaétan Gatian de, 93
COMTE, 52
DA CORREIA DO NASCIMENTO DA VIRXEN MARIA E DO NINHO
 JESÚS, Artur Osvaldo Edson, 45
DONDELASDAN, Comando, 186
DUBOIS, 50
DULAPINVERT, Jean-Claude, 161
DWYER, 20-21
EIZMENDI, 164

ESCULAPIO, Dyonisios W

Chairman del Comité de Expertos para la Nueva Conceptualización de la Formación del MIR, 96

y Gafomas, 47-56

y lo intolerable de que aún no le hayan dado el Nobel, 55

y las pequeñas complicaciones asociadas al Panfilón, 87

Preámbulo, 7-8

(ver también *Escalas*)

(ver también *Tests*)

FERNANDEZ, Claudio Roberto, 178

FERNANDEZ DE LA REINETA, Venerando, 145

FISHER, 36, 39

FREUD, Segis, 31, 62

G., Mertxe, 11

GONZALES-GOMEZ, 50

GONZALEZ, Ray Sugar, 177

GOYITA, 164, 166

HIDALGO, 52

JACKSONS Five, 35, 39

JHFR4\$98@Ü#BÖJ, 87

JOSE LUIS, 163, 165

JULIÁN, Don (probo y recto administrador hospitalario), 9

KALIGHIERI, 129

KARTOFFEN, Fritz, 48

KAZEWANS, 51

KNORR, Warren S, 84

L., Jon, 11

LACAN, Santi, 199, 212

LAGROSSEBATEAU, Michel, 161

L'AFHORGE, 164

- LENNON, J, 26
- LIZARRAMURDI, Roberto, 144
- LOGAN, Don H, 104, 214, 217, 222
y cocina panfiloniana, 88
y Tríada Nasal, 106
- LOLA, 164
- LUCI, PEPI, BOM y otras chicas del montón, 38
- M., Andrés, 11
- MAGGI, Filippo, 84
- MALLABIA, Clodomiro de, 109, 113
- MALO, Pablo, 144, 164
- MARIAJESUS, 164
- MARIBEL, 164
- MARTÍNEZ, Jon Kepa (el popular filólogo de Rentería), 45
- MCDERMOTT, 50
- McHINBARRENA, 49, 54
- McNAMARA, Estanislao, 85
- MEDRANO, Juan, 136
- MERTXE, 164
- MONTT, 50
- MORGOLON, Philippe, 144
- MOSTAZON, Amando, 144
- MULLIGAN, 174
- O'ENTIEN D'ONADA, John, 40
- OGILVY, 50
- O'REILLY, 50
- O'THAOLEA, 130
- PAPADOPOULOS DE SMITH-ESCALAPIO, Athenea (nepote política del Profesor Esculapio), 47
- PASTORELLI, Luigi, 69, 70, 72, 73, 91, 92, 93, 94, 95
e Ideovirus, 116

- PETRI, 164
- PILI, 164
- PITIKLINOV, Pitiklin, 104
 en anuncios de prensa, 24
 y diagnóstico por GPS, 180
 y Exactificación de la Psiquiatría, 20
 y Jornadas Panfilonianas Internacionales, 87
 y Personalidad Nasal, 105
 Reflejo Norma Jean, 35
- RICHARDS, Keith, 35,39
- SCHREBER, 52-53
- SCHNELSINGER, Julius C, 132
- SMITH, 36,39
- SMITH, Clark Ashton, 104, 141, 142
 sobre el concepto de pichigüili, 143
 y ensayo clínico sobre Panfilón, 74-76
 Formación MIR hospitalaria *vs* formación MIR comunitaria, 162-168
 Observaciones sobre la fase nasal, 105
 y pichigüilis, 134-140
 en las Primeras Jornadas Panfilonianas Internacionales, 86-90
- SMITH-ESCALAPIO, Barry (nepote del Profesor Esculapio), 47
- THORIZES, 164
- TIMOROLANDRO, Tonino, 144
- TRUTHMENDI, 164
- TSUWEI, 81
- TXEMA, 163, 165
- UNAMUNO, Miguel, 70
- URIARTE, José J, 164
- URIARTE, Abate, 108, 113
- VAN BASTEN, 35, 39
- VAN ROOYEN, 51
- YMPORTA, Ike, 40
- ZAMUDIO, Venerando de, 109, 113

Índice analítico

- A., Javi, 12
- Abanico, signo del, 35
- ACME,
 Detector Infalible Pintiparado de Inconscientes, 33
 zapatos, 181
- Agar-haloperidol, 92, 93
- Agar-panfilón (ver *Panfilón*)
- Agar-perfenazina, 92, 93
- Aitorren hizkuntza zaharra, 45
- Alabama, Mysogin Institute of, 36
- Albania, 28
- Alegral, 24
- Aristóteles, 175
- Athletic de Bilbao
 Derrota al Maccabi de Tel Aviv, 33
 y empanada sobre vasquidad de jugadores, 215
 Escudo en la habitación de pacientes, 204
 y fanatismo, 114
 Goleadas en Anoeta, 204, 211
 Ideovirus en hinchas furibundos, 115
 y jugadores extranjeros, 214-216
 y problema existencial que baje a 2ª División quedándose
 en 1ª la Real Sociedad, 215
 Prolongación de la figura paterna, 207
 y tratamiento conductual, 209
- Barrymore – Leblanc (ver *Escalas*)
- Bilbainina, 173
- Bilbaino, Trastorno de la Personalidad, 163-173
- Blade Runner
 Requisito para publicar en el THMJ, 14

- Bodas,
 y ofrenda de huevos las clarisas para obtener un día soleado, 146
 y reportajes fotográficos plastas, 146
- Buztandunak (Txoko), 57
- C., Roberto, 12
- Calidad
 y contención del gasto, 152
 de los países, 28-30
 la realidad al respecto supera a la ficción, 13
 THMA no reúne criterios, 7
- Carballal, David, 12
- Chimbo, Jabón, 154
- Clarisas, monjas
 y colesterol, 146-151
 y tabaquismo, 150
- Cocido-reductasa, 163
- Colaboración intersubjetiva, 42
- Collins, Phil
 Fans: vetados para publicar en el THMJ, 14
- Conejo, lejía, 154
- Congresos Médicos
 y cenas, 186-197
 y médicos internos residentes, 194
- Contexto,
 Comité de Redefinición del, 43
 redefinición del, 41
- Continuing Medical Education
 Posibilidades lucrativas al respecto para el Editorial Board, 13
- Cosme, San
 Resumen biográfico, 110
 y tratamiento de la tos, 110-113

Damián, San

Resumen biográfico, 110

y tratamiento del dolor de muelas, 110-113

Declaración de los derechos humanos, 26

Delfos, Oráculo, 35

Derecho

a la libre elección de patria, 26

Dineroterapia, 156

Domínguez, receptores (antiguos receptores dopaminérgicos),
219, 220, 221

Dos homes ciegos, prozeder de los, 111

DSM, 206, 207, 208

Electroideógrafo, 130

Endopanfiloninas, 86

Escalas

40 Principales síntomas de Madness (40PSM), 37

Barrymore – Leblanc, 19

CATL (Cuestionario de Autocuidados de Truthmendi y L'af-
horge), 164

CCS (Cuestionario de Cobertura Social), 164

CMEM (Cuestionario de Morriña de Elvenham-Morris), 75

CPESIL (Checklist Procedural de Empleo de Servilleta pre-
viamente a la Ingesta de Líquidos), 190

CPPI (Chorradas a punta pala Inventory), 37

EAI (Esculapio's Aesthetics Inventory), 66

EAIU (Escala Autoaplicada de Infelicidad de Okinendick-
Ulzolova), 37

EAM (Escala de Actitudes en la Mesa), 190

EETM (Escala de Escaqueo de Thorizes y Mertxe), 164

EHS (Escala de Habilidades Sociales), 163

ELFE (Escala de Lignes y Farras de Eizmendi), 164

EMA (Escala de Majaderías de Bartholomiew), 78

EMAI (Esculapio's Moral Attitude Inventory), 66

- ICVC /Inventario sobre Colocación de Vasos y Copas), 190
IUPOIAD (Inventario de Utilización de Palillos y Otros Instrumentos Ad Hoc), 190-191
Inventario de Regüeldos, Flatulencias y Bihotzerres post-prandriales de Yamagata – Zabala, 148
PNSS, 165
Symptom Checklist 90, 193
- Escherichi Coli y erotomanía, 91-95
- Esculapio
y las ideas, 114, 129
- Espacios, individualizar los, 42
- Estados Unidos, 27
- Estudiantes de Medicina
como material para estudios estúpidos, 186-189
- Eventos Científico Gastronómicos (ver también *Congresos*), 190
- Fanatismo, 114-133
Espectro de fenómenos fanáticos (SFF), 115
- Felicitina, 23
- Folie à plusieurs, 116
- Fútbol
como modelo de la relación con los laboratorios, 23
- Gafomagén,
Gafomas, 47-56
antecedentes históricos, 48
enfoque clínico - diagnóstico – terapéutico, 48-49
teorías explicativas, 49-53
Teoría unitaria de Esculapio, 53-55
- GIV (ver *Goggleome-Inducing Virus*)
- Gobierno
de crisis, 29
USA, 27
- Goggleome-Inducing Virus, 50

- Gómez, receptores (antiguos receptores gabaérgicos), 219
- GPS y diagnóstico psiquiátrico, 180-185
- Gutiérrez, receptores (antiguos receptores glutaminérgicos), 219
- Hernández, receptores (antiguos receptores histaminérgicos), 219
- IBM, 27
- Ideovirus, 114-133
 - Clasificación y Familias, 117
 - Clínica, 121
 - Diagnóstico, 125
 - Epidemiología, 118
 - Factores de Riesgo, 119
 - Patogenia, 121
 - Tratamiento, 125
 - Vías de Transmisión, 118
- Inconsciente, 31-34
 - Cirugía del 34
- Inglaterra, 27
- Internet
 - su efecto sobre las patrias, 26
- Intolerancia, 114-133
- Jagger, Laboratorios, 23
- Laboratorios, 23-25
- Lacanismo (o lacanianismo)
 - afección ideológica, 115
 - chalo de lacaniano como etiqueta peyorativa, 101
 - críticas al DSM, 208
 - efímero afecto de Luismari, 208
 - experiencias psicoanalíticas lacanianas y secuelas en MIREs, 167
 - e indicador amarillo en el sistema de exhibición curricular, 225
 - lacaniano de nueva ola, probando de estudio para localizar inconsciente, 32

- orientación del dr D, 202
- psicólogo de orientación lacaniana como opción para el usuario, 228
- del Séptimo Día, 224
- sorna cuando se habla de psicoterapias, 209
- Lachorra Inc, 189, 196
 - Productos, 24
 - Réplica a las tendenciosas informaciones acerca del Panfilón, 82
- Lennon, John, 26
- Lutxana-Erandio
 - Instituto Clínico-Universitario, 114
 - Task Force, 114
- M., Rafa, 12
- Madonna
 - Fans: vetados para publicar en el THMJ, 14
- Marca, 153
- Marie-Blanche, 78
- Martínez, el empollón que sacó matrícula en Bioestadística, 191
- Mecano
 - Fans: vetados para publicar en el THMJ, 14
- Médicos,
 - Tópicos, Vicios y Burning-outs, 96-103
- Médicos Internos Residentes
 - y contención del gasto, 153
 - Nueva conceptualización de formación, 96-103
 - y ocultación de su condición para colarse en las cenas de clausura congresuales, 194
- Memorias de África
 - Los que la han visto están vetados para publicar en el THMJ, y además lo saben, 14
- Membrillo, Clorhidrato de (ver *Panfilón*)

- Microsoft, 27
- MIR (ver *Médicos Internos Residentes*)
- Modelo general, aproximación, 42
- Morgan, S de, 75
- Mournfully, 20, 22
- Mujer
 - Inferioridad frente al Hombre, 57-68
- Nasal,
 - Fase, 104-108
 - Personalidad, 105-106
 - Tríada, 106
- Neumococo,
 - reducción de virulencia y vacunas, 71-72
- Nervión, 115
- Neurio: 19
- Nobel, premio
 - ameritado por el descubridor de la ubicación del inconsciente, 32
 - cualquier día se lo dan a Clark Ashton Smith, 86
 - no hay derecho que no se lo hayan dado aún al Profesor Esculapio, 55
- Norma Jean, Reflejo, 35-39
- Núñez, receptores (antiguos receptores noradrenérgicos), 219
- Okinawa, Congreso de Litiasis Cerebral, 115
- ONU, 28
- Panfilón
 - en alienígenas, 87-88
 - Antidepresivo campeón, 74-76
 - y bizcofilia, 79-80, 82
 - Bonito a la, 89
 - y Centro del Sentido de la Vida, 86
 - y deporte, 76-78

- y efecto sobre estancias medias, 84-85
- y endopanfiloninas, 86
- e hipersecreción de cerumen, 80-81
- e indicaciones, 87
- y las pequeñas complicaciones asociadas, 87
- Presentaciones, 88, 89
- Primeras Jornadas Panfilonianas Internacionales, 86-90
- réplica de laboratorios Lachorra, 81-82
- y Trastorno por Aversión a la Sopa, 83-84
- Patria, 26-30
 - Condiciones para ser patria, 29
 - Situación actual, 26
- PET, 206
- Pez-hidroxilasa, 193
- Pichigüili,
 - Almacenamiento, técnicas de, 137-138
 - Captura de, 134-140
 - Campeonatos, 5-7
 - Técnicas de, 136-137
 - sobre el concepto de, 141-143
 - Concepto y definición, 134-135
 - Etimología, 144-145
 - vs* pseudopichigüili, 143
 - Tipos y clasificación, 135
- Pittily: 20, 22
- Placebol®, 75
- Problemática, Comisión de Estudio de la, 43
- Problemática Interestructural, 40-44
- Protogálicos, tubérculos, 47
- Protovarillas, 47
- Pseudopichigüili, 143

Psicoterapias

Focales se benefician de localización del inconsciente, 34
no son aplicables a los bilbainos seguidores de la Real
Sociedad, 209

Psiquiatría Bacteriológica, 69-73

(ver también *PASTORELLI*, *Neumococo*, *Escherichia*)

Psiquiatras

y diagnóstico diferencial con psicólogos, 224
y tendencia a contar batallitas, 198-199
y urbanidad en la mesa, 186-197

Puesta en común (ver también *Verbalización subsiguiente*), 41
y Verbalización, Delegación de, 43

Quebrantahuesos, 78

Quijote, El

requisito para publicar en el THMJ, 14

Real Sociedad

y el problema existencial que se quede en 1ª División si
baja a 2ª el Athletic, 215
y el problema moral de que un bilbaino sea seguidor, 202-
211

Saber Estar, Libro del

requisito para publicar en el THMJ, 14

Saddy, 20, 22

Sánchez, receptores (antiguos receptores serotoninérgicos), 219,
220, 221

Sanctos (ver también *Cosme* y *Damián*)

Ephectividad, 108-113
Especiphicidad, 108-113

Serendipity, 115

Serotonina

tiene nombre de Mujer Fatal, 46
Receptores, 217-221

Síndrome

del Arrepentido o Apóstata, 124

Supresión con Dexametasona (ver *Tests*)

Televisión, 24-25

Tests

ANOVA, 148

EIT (Esculapio's Intellingence Test), 66

MMS, 165

SCHAFFE, 148

Supresión con Dexametasona, 18

TPSF (Test de Personalidad de la Señorita Francis), 37

TRCHA (Test de Resistencia a Comidas Hospitalarias de Arguiñano), 163

TTCBPR (Test de Tendencia a Contar Batallas sobre la Propia Residencia), 164

WAIS (Weschler's Adult Intelligence Scale), 66, 165, 206, 207

Tomografía por Emisión de Positrones (ver *PET*)

Trastorno por Aversión a la Sopa, 83

Tristio: 19-22

Txori-Herri Clinical Center, 35, 36, 37, 52

Txori-Herri Medical Center, 192, 198-213

TXORI-HERRI MEDICAL ASSOCIATION, 86, 87, 88

Alguno de sus miembros debería presidir el tribunal sobre adquisición de tópicos, vicios y burning-outs profesionales, 103

Aula Magna, 128

Comisión de Estudio de Problemáticas, 152

y congreso para la Exactificación de la Psiquiatría, 19

Historiadores, 60

Informe Por un sistema claro y eficaz de exhibición curricular en los profesionales de Salud Mental, 222-228

Position Statement sobre si el Athletic de Bilbao debe contratar jugadores extranjeros, 214-216

Position Statement sobre nomenclatura de receptores de neurotransmisores, 217-221

Umbe, alto de, 77

V, Valentín, 12

Vaina-decarboxilasa, 163

Veraguth, signo de

 diagnóstico de la depresión, 18

 y Escala de Barrymore – Leblanc, 19

Verbalización, Delegación de Puesta en Común y, 43

Verbalización subsiguiente (ver también *Puesta en común*), 41

Vía Digital, 25

Visita médica, 141-142

Le Practicien Souletin

Sendagile Zuberotarra

Edición en lengua castellana

Volumen CXCXIX, Número 1, Enero 2007

- 1.- Editorial: El THMJ, reeditado: Una excelente noticia para la Ciencia, la Humanidad, el Progreso, y todas esas cosas
- 5.- Síndrome de Ulises en una colonia de Edwarsiella Tarda transplantada a un cultivo de Escherichia Coli. A propósito de un caso. *L. Pastorelli*
- 12.- Panfilón en el tratamiento de las manchas de grasa en las corbatas. Un estudio aleatorio, doble ciego, controlado frente a placebo y Norit. *C.A. Smith.*
- 19.- Clasificación de los Antipsicóticos: atípicamente típicos, típicamente típicos, atípicamente atípicos y típicamente atípicos: A review. *J.-M. Lachapellepetite y R.Doudouoi*
- 32.- En pos de la excelencia: Análisis cualitativo de las evaluaciones cualitativas de la calidad evaluativa en los centros evaluadores de la calidad asistencial. *G. Jetevends-Monmoto*
- 45.- Nuevas aplicaciones de la Escala de Regüeldos, Bihotzerres y Molestias Postprandriales de Yamagata – Zabala. Comparación de un grupo de tragadores de carros frente a otro de tragadores de carretas. *H.Ilestné, R. Lepetitenfant*
- 53.- Craving por Pichigüillis: Severo complejo sindrómico de deprivación en un psiquiatra que llegó tarde al reparto de pichigüillis difíciles. *M. Lemarchand.*
- 66.- Progresos en Psicofarmacología: C876-H, un nuevo antidepresivo con afinidad selectiva por Jesusmari Hernández, Pedro José Sánchez y Abundio Domínguez. Datos preliminares. *W.S. O'Lea*

Cartas a la dirección. Nuevos efectos secundarios del clorhidrato de Membrillo: la tinta de las cajas destiñe. *J.P. Aulaseaulaud. Cyclothymia Athletica*: de los sorprendentes mood swings observables en los seguidores del Athletic. *J Medrano*

Crítica de libros. THMJ: Antología I

Horóscopo – Crucigramas – Sudoku fácil – Sudoku difícil – Sudoku jodido, jodido - Anuncios por palabras – Información bursátil – Tira de El Fantasma

Hospital General de Zuberoa

Convocatoria del Examen Práctico para las plazas de Supervisora de Enfermería

Fecha: martes 13 de noviembre de 2007

Lugar: Búnker, 4º sótano del pabellón central, Jean-Philippe Ouzcoudoun Txistularia, 95, Mauleon, Zuberoa

9.30 horas:

Examen eliminatorio: Cada candidata deberá convertir a un ciudadano en sapo

11 horas:

Examen de méritos añadidos: Cada candidata deberá presentar una memoria de gestión detallando maleficios y hechizos a desarrollar a lo largo del año 2008 (se valorará especialmente la posibilidad de incluir esta memoria en el contrato – programa)

13 horas:

Examen de maniobras con la escoba: Aparcamiento, bordillo a la derecha y jaula. Tendrá carácter eliminatorio.

15 horas:

Examen de vuelo libre con la escoba. Se descontarán 0.33 puntos por cada infracción al Código de Circulación con Escoba (Salem: Wichcraft Publishing Co, 1997).

19 horas:

Publicación de resultados en el tablón de anuncios del subbúnker a prueba de armas de destrucción masiva y sortilegios.

Reclamaciones:

Deberán presentarse ante el Jefe de Personal, que recibirá a las candidatas que formulen reclamaciones envuelto en dientes de ajo. Por si acaso.

**EL TRATAMIENTO
MODERNO Y EFICAZ
DE LA DEPRESION...**

**LO QUE USTED,
AGUERRIDO PSIQUIATRA,
HACE AÑOS ESPERABA...**

EL ANTIDEPRESIVO DE LOS 90!!!

SE LLAMA...

***PANFILON*®**

Clorhidrato de Membrillo

Laboratorios LaChorra, Abadiño

El Antidepresivo CAMPEON!!!

- * Ataca el núcleo de la depresión
 - *Sin efectos colaterales
 - * No Serotoninérgico
 - * No Dopaminérgico
 - * No Noradrenérgico
 - * Nada que ver con los α_2
- * No atraviesa la barrera hematoencefálica
 - * Mecanismo de acción novedoso...
 - * ***Absolutamente desconocido***

PANFILON®

COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

- Panfilón®* Comprimidos Ranurados: contiene 100 mg de clorhidrato de membrillo
Panfilón® Gran Reserva: contiene 50 mg de clorhidrato de membrillo por copa
Panfilón® snifable contiene 50 mg de clorhidrato de membrillo por dosis adaptada a la tabaquera anatómica
Panfilón® Chewing Gum contiene 50 mg por unidad
Panfilón® Aerosol contiene 50 mg por puff
Panfilón® Picadura para Liar contiene 25 mg por dosis
Panfilón® Picadura para Pipa contiene 25 mg por dosis
Ver Lista de excipientes.

FORMA FARMACÉUTICA

Comprimidos recubiertos con película, de color gris perla.

Solución enólica, color rubí granate bastante intenso. Aroma de intensidad correcta, con algunos tufo de reducción al inicio, que van dando paso a una fruta roja madura y a una madera discreta, junto a recuerdos terciarios (cueros). En boca es de cuerpo medio, con una acidez un tanto despegada, frutuosidad suficiente pero no muy expresiva y un final discreto.

Polvo snifable con olor a rapé

Goma de mascar en tira, de color verde (sabor chicle), fucsia (fresa), blanco (eucalipto), amarillo (plátano), negro (regaliz) y naranja (zanahoria)

Líquido envasado en spray

Picadura de tabaco para liar

Picadura de tabaco para pipa

DATOS CLÍNICOS

Indicaciones terapéuticas

PANFILÓN® está indicado en el tratamiento de los síntomas de la depresión. Una vez alcanzada la respuesta satisfactoria, lo que sucede a todo correr, se debe mantener el tratamiento para con prevenir las recaídas del episodio inicial de depresión o el desplome de la cotización de los títulos del laboratorio fabricante en el Mercado de Valores.

PANFILON® está también indicado en el tratamiento de Enamoramiento patológico, Síndrome de Suspiros Incoercibles, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Manchas de tinta refractarias a remedios convencionales (PANFILÓN GRAN RESERVA®), Trastorno por Aversión a la Sopa (PANFILÓN COMPRIMIDOS® y PANFILÓN GRAN RESERVA®), Zapping Compulsivo (PANFILÓN GRAN RESERVA®), Arrosquia conyugal (PANFILÓN GRAN RESERVA®).

4.2. Posología y forma de administración

PANFILON se toma los martes, jueves y sábados entre las tres y las cuatro

Adultos

Depresión: la dosis terapéutica habitual es de 100 mg, que deben tomarse los martes, jueves y sábados, entre las tres y las cuatro.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): la dosis terapéutica habitual es la de la depresión.

Enamoramiento patológico: el tratamiento debe comenzar con 100/día, incrementándose hasta 500 mg/día después de una semana. Este régimen puede incrementarse hasta los 50.000 mg/día

Síndrome de Suspiros Incoercibles: Aplíquese la pauta posológica de la depresión

Manchas de tinta refractarias: Límpiense los restos de remedios previos (aguarrás, yogur, gasolina, alcohol, etc), y aplíquese una dosis de PANFILÓN GRAN RESERVA® , frotando después vigorosamente.

Trastorno por Aversión a la Sopa: Viértanse unas gotas de PANFILÓN GRAN RESERVA® en la sopa, o cuatro comprimidos, a modo de picatostes.

Zapping Compulsivo: Una copa de PANFILÓN GRAN RESERVA® en comida y cena.

Arrosquia conyugal: Sustitúyase el vino de mesa por PANFILÓN GRAN RESERVA®.

Niños y adolescentes

Se pueden utilizar las mismas presentaciones y dosis.

Pacientes de edad avanzada

Ni se le ocurra ajustar dosis.

Interrupción del tratamiento

El medicamento no debe retirarse.

Forma de administración

El comprimido de PANFILON® debe tragarse sin masticar, con ayuda de un poco de líquido.

PANFILON GRAN RESERVA® debe tomarse en una copa de vino, a temperatura ambiente. No debe mezclarse con agua. Ideal para acompañar carnes y caza.

Los alimentos no modifican significativamente la biodisponibilidad de PANFILON® administrado por vía oral.

PANFILON CHEWING GUM® debe masticarse durante al menos diez minutos, paladeando su sabor y extendiendo la saliva por toda la boca. La absorción es más rápida, pero no más eficaz, por vía sublingual, por lo que no se recomienda dejar el chicle continuamente en esa posición, ya que además acaba picando.

PANFILON SNIFABLE® debe colocarse en su tabaquera anatómica y aspirarse por vía nasal.

PANFILON AEROSOL®. Destápese el frasco. Abrase la boca. Colóquese el pitorro de salida del frasco ante la boca abierta (si apunta en otra dirección o cierra la boca no conseguirá los efectos terapéuticos deseados). Oprima el pulsador de salida. Cierre la boca. No vuelva a oprimir el pulsador de salida. Mantenga en su boca cerrada el aerosol durante unos segundos. Puede abrir la boca. Tape el frasco.

PANFILON PICADURA DE LIAR® ha de colocarse en papel de fumar, que deberá enrollarse y sellarse con saliva. Encender el cigarrillo resultante y fumarlo exclusivamente en zonas en que esté permitido el consumo de tabaco. Las autoridades sanitarias le recuerdan que fumar mata y está muy feo.

PANFILON PICADURA DE PIPA® ha de colocarse en la cazoleta de la pila, encendiendo a continuación el contenido de la misma. Fumar la exclusivamente en zonas en que esté permitido el consumo de tabaco. Las autoridades sanitarias le recuerdan que fumar mata y está muy feo.

Contraindicaciones

PANFILON® no está contraindicado. No puede limitarse el acceso de la población a un producto tan sublime.

Advertencias y precauciones especiales de empleo

Interrupción del tratamiento. La interrupción de PANFILON® puede ser contraproducente para el paciente y se acompaña siempre de un descenso en la cotización de las acciones de Lachorra Inc, por lo que está absolutamente contraindicada. Los pacientes que suspendan el tratamiento y los médicos que lo discontinúen podrán ser demandados ante los organismos judiciales competentes.

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). No se han comunicado reacciones graves en la asociación de Clorhidrato de Membrillo con IMAOs, pero no es necesaria la asociación, ya que este prodigioso producto obtiene mejoras sin necesidad de apaños.

Otros fármacos serotoninérgicos. Véase apartado anterior.

Cambio desde otros fármacos antidepresivos, antiobsesivos o antiarróquicos. La experiencia clínica es limitada, pero todos los fenómenos extraños y nocivos han de atribuirse al uso previo de productos de eficacia y seguridad muy inferiores a las del PANFILÓN®. Por ello, los médicos que no utilicen PANFILÓN® como primera elección serán responsables ante la Historia de todos los desaguisados que puedan tener lugar.

Activación de manía/hipomanía. No se han comunicado casos de manía o hipomanía en los pacientes tratados con Clorhidrato de Membrillo. Un investigador que aseguraba disponer de un dossier que demostraba la asociación de PANFILON® con inversión de fase falleció accidentalmente al caer de pies sobre sendos bloques de hormigón que posteriormente se desplazaron y hundieron en el mar. Sus pertenencias, sus papeles y su oficina quedaron súbitamente desordenadas, posiblemente a causa de una perturbación atmosférica local y una explosión de causa no determinada, pero sin duda natural, reventó la caja personal que mantenía en la cámara acorazada de un banco. No pudo encontrarse el contenido de la caja, lo que, como bien señaló una spokesperson de LaChorra Inc, hace pensar que seguramente estaba vacía.

Epilepsia. Algunos fármacos usados para tratar la depresión, los TOC y otros trastornos pueden provocar la aparición de convulsiones, pero PANFILON®, no.

Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Agua. PANFILÓN GRAN RESERVA® no debe bautizarse con agua, gaseosa, liti-nes y productos similares. Se ha descrito pérdida de eficacia cuando se combina con otros líquidos para elaborar sangría.

Fármacos depresores del SNC y alcohol. La administración de 200 mg diarios de clorhidrato de membrillo no potenció los efectos del alcohol, carbamazepina, haloperidol o fenitoína sobre las funciones cognitiva y psicomotora en sujetos sanos.

Fármacos unidos a las proteínas. Puesto que clorhidrato de membrillo se une a las proteínas plasmáticas, queda terminantemente prohibido administrar otros fármacos que puedan interactuar a este nivel o impedir la adecuada distribución de PANFILON®.

Otras interacciones. NO existen, y ya vale.

Embarazo y lactancia

Embarazo. Se han realizado estudios de reproducción en ratas y conejos a dosis de aproximadamente 10 y 20 veces la dosis máxima diaria en humanos (mg/kg), respectivamente, obteniéndose mutaciones de gran variedad y colorido, que hicieron disfrutar mucho a los investigadores.

Lactancia. Hay pocos datos disponibles relativos a las concentraciones de clorhidrato de membrillo en la leche materna, pero las virtudes de la fruta hacen aconsejable su uso.

Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas

Los estudios de farmacología clínica han demostrado que PANFILON® se asocia a todo tipo de secundarismos que interfieren en la función psicomotora, la conducción de vehículos o el uso de maquinaria, pero el paciente no debe ser advertido al respecto, por si acaso se le ocurre dejar el producto.

Reacciones adversas

En el ensayo clínico de Smith los efectos secundarios poco frecuentes (más del 33%) fueron cólico renal (100%), cólico biliar (33%) obstrucción intestinal (33%). En la práctica clínica se ha observado flatulencia, ictericia, cólicos renales, cólicos biliares, oclusiones intestinales, forunculosis axilar, ojeras inestéticas, aumento de la frecuencia e intensidad de las discusiones con la suegra, ataques en masa por artrópodos campestres y aumento del volumen defecatorio.

El uso de formas piratas del producto se asocia a bizcofilia e hipersecreción de cerumen.

Sobredosis

En base a las evidencias disponibles, PANFILON® tiene un amplio margen de seguridad en sobredosificación. Laboratorios LaChorra regala un llavero resto de temporada pichigüilística a los pacientes que consuman dosis superiores a las prescritas.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

Propiedades farmacodinámicas

Clorhidrato de membrillo tiene un mecanismo de acción desconocido y de hecho no atraviesa la barrera hematoencefálica. Algunas experiencias preliminares indican que podría ejercer su acción a nivel del Centro del Sentido de la Vida, situado en la cabeza del páncreas.

Propiedades farmacocinéticas

No se las contamos, porque además de que son un jaleo, seguro que no las van a entender.

Datos preclínicos sobre seguridad

Los estudios de toxicología en diversas especies animales han demostrado que clorhidrato de membrillo se tolera más o menos bien, aunque a veces sienta mal. También se ha demostrado su gran actividad mutagénica, llena de colorido y creatividad.

DATOS FARMACÉUTICOS

Lista de excipientes

Comprimidos: fosfato cálcico dibásico, tiza, celulosa microcristalina, pasta de dientes, hidroxipropilcelulosa, almidón glicolato de sodio, curry, estearato de magnesio, hipromelosa, polietilenglicol, polisorbatos, dióxido de titanio del Guggenheim (se adjunta certificado de autenticidad).

Gran Reserva: Agua, alcohol etílico o etanol, glicerina y glicerol, n-propanol, metanol, isobutanol, 2-feniletanol, alcohol isoamílico, butanodiol, acetoina, mesoinositol, manitol, sorbitol, ácido tartárico, ácido málico, ácido cítrico, ácido láctico, ácido succínico, ácido acético, ácido galacturónico, dimetilglicérico, pirúvico, fosfatos, sulfatos, cloruros, tartratos, sulfitos, malatos, lactatos, potasio, sodio, magnesio, calcio, hierro, cobre, antocianos, flavonas, ácidos fenólicos, taninos condensados, taninos pirogálicos, proteínas, polipéptidos, aminoácidos, péctinas y mucílagos, tiamina, riboflavina, pantoténico, nicotinamida, piridoxina, mesoinositol, biotino, cobalamina

Panfilón Snifable: Rapé

Panfilón ChewingGum: goma base con gelatina de origen vegetal (pueden tomarlo pacientes vegetarianos). Los cromos contienen celulosa, tinta y goma autoadhesiva.

Panfilón Picadura: Tabaco

Incompatibilidades

No aplicable.

Período de validez y precauciones especiales de conservación

PANFILON COMPRIMIDOS®, PANFILON SNIFABLE®, PANFILON PICADURA®: 4 años, en ambiente seco, a menos de 30° C, y no expuesto a la luz

Condiciones de conservación de PANFILON GRAN RESERVA®:

- 1.- Total ausencia de vibraciones
- 2.- Temperatura entre 14 y 16°C. No deben producirse cambios bruscos de temperatura mayores de 1 o 2 grados.
- 3.- Humedad relativa entre el 65% y 75%.
- 4.- Circulación continua y uniforme del aire por todo el armario donde se conserve
- 5.- Posicionamiento de la botella de modo que el corcho permanezca húmedo también en su parte interior, por lo que es necesario que esté en contacto con el elixir. Por este motivo, ha de almacenarse en posición horizontal que permite, además, que los sedimentos se depositen en el fondo. Lo ideal, sería que el envase se coloque en posición horizontal con una inclinación de en torno al 5%.
- 6.- Oscuridad absoluta, para evitar el llamado sabor a luz o a óxido.
- 7.- Utilización de aislantes para reducir las pérdidas de calor o frío.
- 8.- Empleo obligatorio de armarios bodega

PANFILON AEROSOL®: No debe calentarse el envase, porque explota y se arma la de San Quintín. Validez: cuatro años.

PANFILON CHEWING GUM®: Conservar en ambiente seco y fresco, porque de lo contrario se pone pegajoso. Validez: 1 año, porque los cromos de futbolistas se renuevan cada temporada.

Naturaleza y contenido del recipiente

PANFILON COMPRIMIDOS® se acondiciona en blisters de PVC/aluminio. 30 unidades por envase.

PANFILON GRAN RESERVA® se acondiciona en botella de cuartillo y medio, tapada con corcho, con doble etiqueta (de LaChorra y de Denominación de Origen extendida por el Consejo Regulador).

PANFILON AEROSOL® se acondiciona en envase metálico, con tapa de plástico, con dispensador igualmente plástico rematado en pitorro con orificio. 3000 mg por envase de calendario.

PANFILON SNIFABLE® se acondiciona en bolsas de plástico con cremallera. 3000 mg por bolsa

PANFILON PICADURA® se acondiciona en bolsas de plástico con cremallera. 3000 mg por bolsa. No está disponible papel para liar ni pipa.

PANFILON CHEWING GUM® se acondiciona en envases de papel de aluminio comprimidos, con cinco unidades envueltas en papel cebolla. Los cromos se presentan envueltos en sobre de papel. Cinco unidades por sobre.

Instrucciones de uso y manipulación

Se recomienda escanciador para verter el PANFILON GRAN RESERVA®

**NOMBRE Y DOMICILIO SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE
COMERCIALIZACIÓN**

Lachorra Inc
Pitiklinov Etorbidea 12
Abadiño