

CUADERNOS

de la Fundación Dr. Antonio Esteve



La medicina en las series de televisión

Coordinador:
Toni de la Torre



FUNDACIÓN
**DR. ANTONIO
ESTEVE**

35



La medicina en las series de televisión

Coordinador:
Toni de la Torre

Ilustración de la portada realizada por Suxinsu (www.suxinsu.com).

La presente edición recoge las opiniones de sus autores,
por lo que la Fundación Dr. Antonio Esteve no se hace
necesariamente partícipe de su contenido.

© 2016, Fundación Dr. Antonio Esteve
Llobet i Vall-Lloera 2. E-08032 Barcelona
Teléfono: 93 433 53 20
Dirección electrónica: fundacion@esteve.org
<http://www.esteve.org>

ISSN edición impresa: 2385-5053
ISSN edición electrónica: 2385-5061
ISBN: 978-84-942571-9-3
Depósito Legal: B-3099-2016
Impreso en España

La Fundación Dr. Antonio Esteve, establecida en 1983, contempla como objetivo prioritario el estímulo del progreso de la farmacoterapéutica por medio de la comunicación y la discusión científica.

La Fundación quiere promover la cooperación internacional en la investigación farmacoterapéutica y, a tal fin, organiza reuniones internacionales multidisciplinarias donde grupos reducidos de investigadores discuten los resultados de sus trabajos. Estas discusiones se recogen en diferentes formatos de publicación como los *Esteve Foundation Symposia* y los *Esteve Foundation Discussion Groups*.

Otras actividades de la Fundación Dr. Antonio Esteve incluyen la organización de reuniones dedicadas a la discusión de problemas de alcance más local y publicadas en formato de monografías o cuadernos. La Fundación participa también en conferencias, seminarios, cursos y otras formas de apoyo a las ciencias médicas, farmacéuticas y biológicas, entre las que cabe citar el Premio de Investigación que se concede, con carácter bienal, al mejor artículo publicado por un autor español dentro del área de la farmacoterapia.

Entre la variedad de publicaciones que promueve la Fundación Dr. Antonio Esteve, cabe destacar la serie *Pharmacotherapy Revisited* en la cual a través de diferentes volúmenes se recopilan, en edición facsímil, los principales artículos que sentaron las bases de una determinada disciplina.



Índice

Introducción

Toni de la Torre 1

House y el diagnóstico médico

Lisa Sanders..... 13

The Knick y las técnicas quirúrgicas

Leire Losa..... 21

Los Soprano y el psicoanálisis

Oriol Estrada Rangil 31

The Big Bang Theory y el síndrome de Asperger

Ramon Cererols..... 39

Breaking Bad y la adicción a la metanfetamina

Patricia Robledo 53

Mad Men y el tabaquismo

Joan R. Villalbí 59

The Walking Dead y el imaginario de la epidemia

Josep M. Comelles y Enrique Perdiguer Gil..... 65

Angels in America, The Normal Heart y Positius: VIH y sida en las series de televisión

Aina Clotet y Marc Clotet, con el asesoramiento de Bonaventura Clotet 73

Nip/Tuck, Anatomía de Grey y la cirugía plástica

María del Mar Vaquero Pérez 79

Masters of Sex y la sexología

Helena Boadas..... 89

CSI y la medicina forense

Adriana Farré, Marta Torrens, Josep-Eladi Baños y Magí Farré..... 99

Homeland y el mundo de las emociones*Liana Vehil y Luis Lalucat* 105**Olive Kitteridge y la depresión***Oriol Estrada Rangil* 111**True Detective y la atracción del mal***Luis Lalucat y Liana Vehil* 119**Polseres vermelles y el cáncer***Pere Gascón i Vilaplana* 125



Autores

Josep-Eladi Baños

Doctor en Medicina por la Universitat Autònoma de Barcelona y especialista en Farmacología Clínica por el Hospital Clínic de Barcelona
Profesor de Farmacología del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud (CEXS) de la Universitat Pompeu Fabra
Barcelona

Helena Boadas

Sexóloga y terapeuta de pareja
Escritora y columnista en *Diari de Girona*
Girona

Ramon Cererols

Autor del libro *Descubrir el Asperger*
Conferenciante sobre Trastornos del Espectro Autista en ICE de la Universitat de Barcelona, Universitat Internacional Menéndez Pelayo de Barcelona, Unitat de Salut Mental del Consorci Sanitari de Terrassa, Confederación Autismo España y asociaciones diversas
L'Ametlla del Vallès (Barcelona)

Aina Clotet

Actriz
Licenciada en Comunicación Audiovisual por la Universitat Pompeu Fabra
Barcelona

Bonaventura Clotet

Director de IrsiCaixa
Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Germans Trias i Pujol
Badalona (Barcelona)

Marc Clotet

Actor
Licenciado en Administración y Dirección de Empresas & MBA por ESADE
Barcelona

Josep M. Comelles

Especialista en Psiquiatría
Fundador del Máster de Antropología Médica y Salud Internacional, y del Doctorado en Antropología Médica de la Universitat Rovira i Virgili
Profesor emérito en el Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili
Tarragona

Toni de la Torre

Crítico de series de televisión
Autor de los libros *Series de culto* y *J.J. Abrams: la teoría de la caja*
Colaborador en *El Món a RAC1*, *Arucitys* y *La Vanguardia*
Profesor de Guión de series en la Universidad de Barcelona
Jurado de los Premios Ondas
Barcelona

Oriol Estrada

Licenciado en Psicología y
Máster en Estudios de Asia Oriental
Fundador de Espai Daruma
Escritor y divulgador culturalmente disperso
Mataró (Barcelona)

Adriana Farré

Investigadora del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) y del Programa de Neurociencias del Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM)
Barcelona

Magí Farré

Investigador del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) y del Programa de Neurociencias del Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM)
 Profesor de Farmacología en la Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona
 Jefe del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Badalona (Barcelona)

Pere Gascón

Director del Laboratorio de Oncología Molecular y Transnacional del Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer
 Jefe de Servicio de Oncología Médica en el Hospital Clínic de Barcelona
 Barcelona

Luis Lalucat

Médico psiquiatra
 Director del Centro de Higiene Mental "Les Corts"
 Barcelona

Leire Losa

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Euskal Herriko Unibertsitatea/ Universidad del País Vasco
 Especialista en Cirugía General y Digestiva en el Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi
 Barcelona

Enrique Perdiguero Gil

Profesor Titular de Historia de la Ciencia de la Universidad Miguel Hernández de Elche
 Director del Máster Universitario en Historia de la Ciencia y Comunicación Científica de la Universidad Miguel Hernández de Elche Elche (Alicante)

Patricia Robledo

Científica senior del Programa de Neurociencias del IMIM-Hospital del Mar de Investigaciones Médicas Barcelona

Lisa Sanders

Profesora asociada en la Yale University School of Medicine
 Columnista de *The New York Times Magazine* y *Well Blog*
 Inspiración y consejera técnica para la serie House MD
 New Haven (CT), Estados Unidos

Marta Torrens

Investigadora del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) y del Programa de Neurociencias del Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM)
 Barcelona

María del Mar Vaquero

Doctora en Medicina y Cirugía
 Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
 Directora de la revista *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*
 Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)
 Federación Ibero-Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP)
 Madrid

Liana Vehil

Psicóloga clínica
 Coordinadora del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Rubí, del Consorcio Sanitario de Terrassa
 Terrassa (Barcelona)

Joan R. Villalbí

Jefe de Calidad y Procesos de la Agència de Salut Pública de Barcelona
 Presidente del Consejo Asesor de Tabaquismo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
 Profesor asociado del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universitat Pompeu Fabra
 Barcelona



Introducción

Toni de la Torre

Medicina y series de televisión es un binomio que se ha retroalimentado desde hace más de medio siglo. De todos los géneros dramáticos de la ficción seriada, el médico es el que tiene un mayor enraizamiento en los orígenes de la ficción televisiva. Es uno de los géneros fundacionales de las series, y a diferencia del *western* (heredado del cine) y la *sitcom* (que provenía de la radio), el drama médico constituyó, junto a la serie policiaca y el drama legal, un tipo de ficción propia de las series, nacida con el medio. Se trata de los llamados *workplace programs* (ficciones ambientadas en un lugar de trabajo), cuya estructura surgió con los primeros pasos de las series de televisión, quedando su construcción íntimamente ligada a la creación del lenguaje narrativo de un nuevo medio, hasta hace poco considerado menor, pero de gran popularidad. Médicos, policías y abogados fueron los principales protagonistas de este formato de ficción televisiva, siendo los médicos los que suelen identificarse con mayor frecuencia con el mundo de las series.

Esta asociación se explica por dos motivos. El primero es una cuestión de nitidez. Abogados y policías a menudo han compartido espacio en la misma serie, siendo dos géneros que con frecuencia se solapan (un caso paradigmático es el de Perry Mason, que ejercía de abogado y al mismo tiempo de detective), mientras que el drama médico raramente se ha mezclado con otros géneros, siendo singularizado con más claridad.

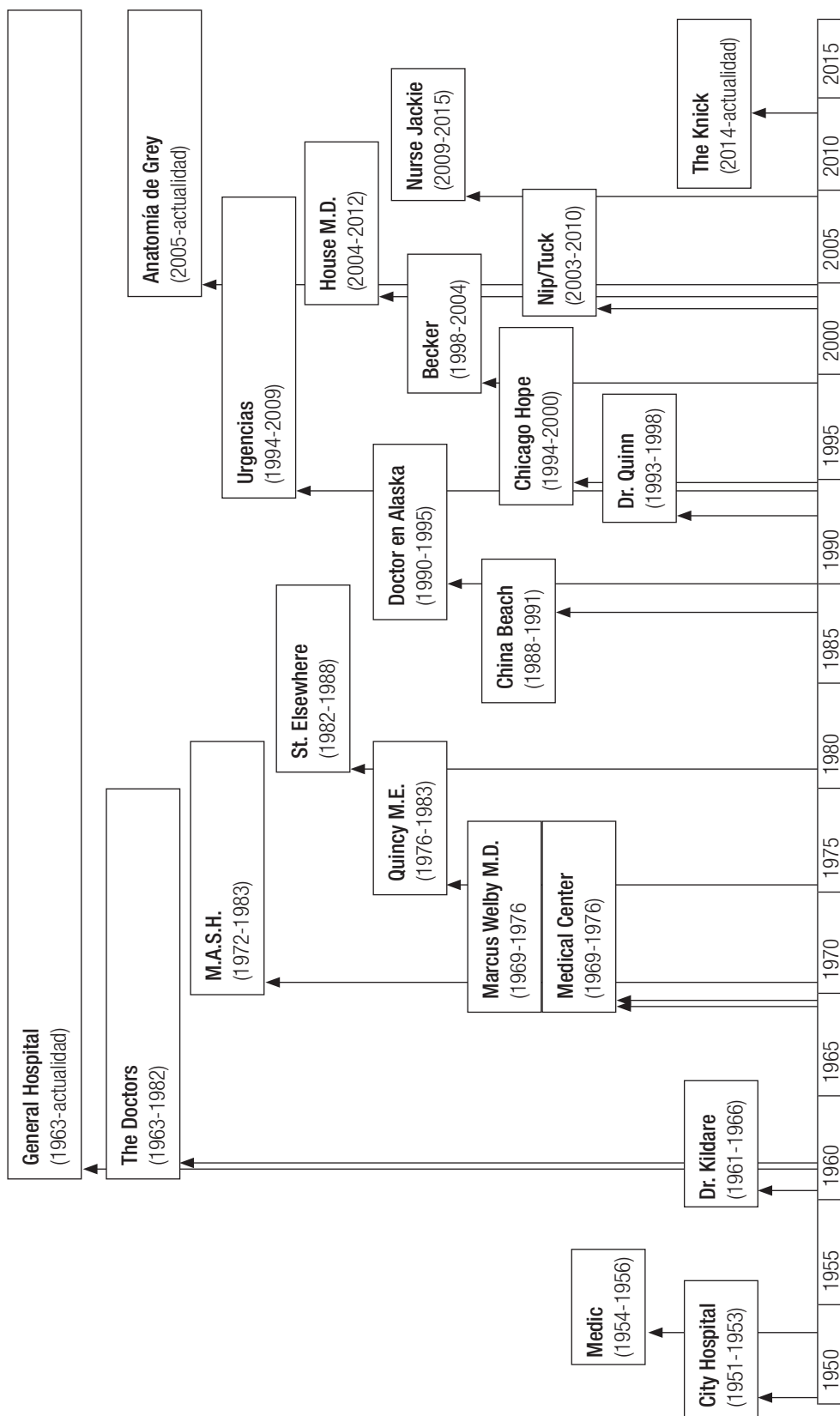
El segundo lo hallamos en la preferencia del drama médico por el formato seriado. Mientras el género policial ha tenido una prolífica presencia en el cine (incluso más que en la pantalla doméstica), el oficio médico ha tenido en la televisión su principal medio de representación, convirtiéndose la figura del doctor y su bata blanca en el héroe más identificado con las series.

Esta percepción popular también se ve solidificada por el hecho de que la presencia del drama médico en el medio seriado ha sido permanente desde hace décadas. El género debutó en 1951 con *City Hospital*¹, de la CBS, la primera serie del género. Desde entonces hasta hoy, en los Estados Unidos siempre ha habido una serie médica en emisión, con la única excepción de un periodo de 4 años, de 1956 a 1961 (desde el último episodio de *Medic* en la NBC hasta el estreno de *Dr. Kildare* en el mismo canal). Desde 1961 hasta hoy, los telespectadores estadounidenses siempre han tenido un hospital ficticio de referencia, convirtiendo a la profesión médica en una figura constante en el imaginario colectivo creado por la televisión². El género, lejos de desgastarse, ha sabido reinventarse a lo largo del tiempo, como veremos más adelante, y su popularidad sigue siendo notable también en la nueva era de las series de televisión, en la que estas han obtenido un prestigio inédito. La llegada de nuevas ideas y de series creativas y arriesgadas no ha desplazado al drama médico. En plena revolución creativa

¹ A lo largo de este volumen no se utilizará la cursiva en los títulos de las series, ya que son demasiado abundantes y hacerlo entorpecería la lectura.

² Véase en la siguiente página la cronología de las principales series médicas emitidas en los Estados Unidos desde 1953 hasta la actualidad.

CRONOLOGÍA DE LAS PRINCIPALES SERIES MÉDICAS EN ESTADOS UNIDOS





LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

de las series ha llegado a haber hasta tres series médicas en emisión. De 2005 a 2009 coincidieron la veterana Urgencias, la recién estrenada House y Anatomía de Grey, todavía en marcha, emitidas, respectivamente, en NBC, FOX y ABC. Las tres contaban con una audiencia numerosa y fiel, buenas críticas en la prensa y el reconocimiento de la industria televisiva, sumando entre las tres 32 premios Emmy.

De las tres ficciones, Urgencias suele ser considerada el drama médico de referencia, no sólo por el número de galardones conseguido a lo largo de su emisión (de esos 32 Emmy, 23 son suyos) sino porque, además, es la ficción de su género que más tiempo ha durado en antena en los Estados Unidos, con 15 temporadas y 331 episodios. Sus cifras quedan por detrás de las que exhibe la británica Casualty, que es el drama médico más longevo; estrenada en 1986 en la BBC, todavía sigue en emisión. En su momento fue la respuesta inglesa a la norteamericana St. Elsewhere³, un drama médico fundamental que estandarizó las formas del género en los años 80. De todos modos, la capacidad de influencia de Casualty es menor en comparación con los dramas médicos norteamericanos, que son exportados a numerosos países y acaban teniendo un peso mayor en la creación del imaginario colectivo alrededor del mundo de la medicina que genera la televisión (en esto, no hay diferencia con otros géneros, pues el predominio de la industria televisiva norteamericana es absoluto cuando hablamos de exportación de ficción).

Sólo General Hospital supera a ambas, Urgencias y Casualty, en longevidad, pero no suelen compararse de igual a igual debido a que General Hospital es un culebrón ambientado en un hospital y no un drama médico, una diferencia crucial por muchas cuestiones (la factura técnica, la calidad interpretativa y la creatividad del género del culebrón están muy por debajo de la calidad de un drama, y de hecho, la for-

ma de rodarse y de emitirse son completamente diferentes, así como la percepción que el público tiene de ellos). Sin embargo, eso no significa que la resiliencia de este culebrón médico en la programación estadounidense, donde empezó a emitirse en 1963 en la cadena ABC, y hasta hoy (más de 13.000 episodios emitidos), no sea un buen ejemplo de la presencia continuada de la ficción hospitalaria en la televisión ni de la popularidad inquebrantable que las historias médicas tienen entre la audiencia⁴.

General Hospital es también la serie médica más referenciada, y hasta aparece en otras series hospitalarias como House M.D. (el doctor House no se pierde ni un episodio de una serie ficticia llamada Prescription: Passion, que es una parodia de General Hospital) y otras que nada tienen que ver con el género, como Friends (el personaje de Joey, que es actor, consigue un papel como un doctor llamado Drake Ramoray, que es al mismo tiempo una parodia de uno de los doctores de General Hospital, el Dr. Noah Drake, y una parodia de otro culebrón, Days of Our Lives, emitido en la NBC, la misma cadena de Friends). Al fin y al cabo, General Hospital es la serie que más ayudó a consolidar el hospital como escenario de ficción, y en consecuencia a apuntalar el género del drama médico en la tradición televisiva norteamericana.

El hospital como escenario del drama

El drama médico tiene su base en los fundamentos mismos de la ficción serial, caracterizada por ofrecer al espectador una narración episódica que se desarrolla a lo largo del tiempo (con una extensión mucho mayor que en otros medios, y desde luego mucho mayor que en el cine) y que sigue las vidas de unos personajes concretos en un universo estable. La serialidad se define en cierto modo por la repetición: en cada entrega de la ficción, el espectador se encuentra con una serie de elementos que se repiten, empezando

³ Emitido en España con el título Hospital y en Cataluña con el título A cor obert. En Latinoamérica se llamó Hospital San Eligio.

⁴ A diferencia de otros géneros fundacionales de las series, como el *western*, que a pesar de la gran popularidad que tuvo en las décadas de 1950, 1960 y 1970 acabó siendo un proscrito dentro del medio y hoy ha quedado en una posición residual, con Deadwood, Hell On Wheels y Justified como principales ejemplos contemporáneos del género.

por la misma sintonía (cuya repetición tiene una función ritual), los mismos personajes, el mismo lugar y a menudo también la misma forma de resolver conflictos argumentales. La repetición tiene efectos reconfortantes en el espectador, a quien complace asistir al desarrollo de aquello que ya conoce y que tiene elementos que en cierto modo puede anticipar, y constituye la clave de la creación de un universo de ficción estable en el tiempo.

Los universos que crean las series de televisión tienen características que tienden a buscar el bienestar del espectador, siendo espacios en los que la audiencia quiere sumergirse. Una de las normas fundamentales de las series clásicas es el uso de recursos que tienen como fin que el espectador regrese cada semana a ver el siguiente episodio, y ello significa crear universos de los que uno quiera formar parte, como mínimo durante el tiempo que dura la emisión, y personajes que desee tener cerca (por supuesto, nos referimos sobre todo a las series de las décadas de los 50 y 60, que fue cuando se creó el drama médico; en series posteriores, las técnicas para captar la atención de la audiencia se han adaptado a otras formas de entender la ficción serial, siendo el *cliffhanger* o el giro de guión algunas de las más populares en las series contemporáneas, donde la repetición de elementos y los universos estables han dejado paso a la ficción de la innovación).

Estos universos estables tienen su origen en la naturaleza doméstica del televisor, que ha llevado al medio a crear ficciones que buscan el confort del espectador. La audiencia tiene en estos universos un segundo hogar del cual forma parte cada vez que se sienta ante la pantalla. Los universos de las series tradicionales son arcadias donde hay un orden establecido que difícilmente será alterado de forma definitiva. El espectador sabe que es posible que haya un conflicto que ponga en crisis la naturaleza del universo en cuestión (por ejemplo, una discusión entre dos personajes), pero también sabe que en la mayoría de los casos el conflicto se resolverá haciendo que el universo permanezca inalterable. En la estructura seriada clásica, estos universos tienen

una gran capacidad para resistir los cambios (hasta el punto de que el tiempo parece quedar suspendido, sin que los personajes progresen en sus vidas como lo harían si fueran reales), mientras que en las series contemporáneas se toman más riesgos y se introducen cambios a lo largo de las temporadas que alteran el universo de la serie. Siempre que un hecho de este estilo sucede, como la muerte de uno de los protagonistas, es traumático para el espectador porque la ficción en la que vive a través del televisor cambia para siempre.

El drama médico (y otras variantes de los *workplace programs*) utiliza un tipo de historias que en el argot del guión televisivo se conocen como episódicas para introducir hechos dramáticos que no afecten en gran medida a los protagonistas y que de este modo no alteren el universo de la ficción. Normalmente suelen estar relacionadas con personajes no habituales, utilizados sólo en un episodio en concreto, y que surgen del trabajo que desarrollan los protagonistas. En los dramas médicos, este tipo de tramas las protagoniza un paciente, cuya historia se presenta, desarrolla y termina en un episodio. En paralelo se desarrollan las tramas del equipo médico del hospital, que son los verdaderos protagonistas, pero sus tramas tienen a menudo más que ver con su vida personal que con su vida profesional. En ocasiones, la trama del paciente puede tener una influencia más marcada en la de los protagonistas, siendo el detonante de un conflicto, sirviendo como un paralelismo de algo que ocurre en la vida personal del médico o mostrando una faceta nueva de su personalidad, en especial cuando se trata de casos médicos con un conflicto ético. En casos concretos, la trama episódica puede llegar a transformar al protagonista, pero no es su función principal.

Esta división entre vida profesional y privada ha sido una marca de los dramas médicos desde sus inicios, pues parte del interés que genera explorar el día a día en un lugar de trabajo es conocer a fondo a sus trabajadores (no sólo en su aspecto laboral). Sin embargo, la utilización de los espacios ha variado con el tiempo. En las



series de las décadas de 1950 y 1960, el universo del drama médico estaba dividido en dos: una parte del relato se desarrollaba en el hospital y otra parte en el hogar de los profesionales de la medicina, herencia de la serie familiar, muy popular en la época. Esta es la estructura que mantuvo uno de los dramas médicos españoles de más éxito, *Médico de Familia*, cuyas tramas en el hospital del doctor Nacho Martín se combinaban con la vida diaria del personaje en casa, como padre y cabeza de familia. El hospital como espacio para la ficción ganó protagonismo en los dramas médicos a partir de los años 80, con la serie norteamericana *St. Elsewhere*, que convirtió este edificio en un lugar con vida propia, un personaje más de la serie por el que transitan las vidas de centenares de personas y, por tanto, con una vida autónoma al margen de los protagonistas. Esta nueva estructura, más focalizada en el lugar donde se desarrolla la profesión médica, es la que adaptó en España la serie *Hospital Central*, que es el último drama médico de éxito en nuestro país⁵.

La importancia creciente del espacio del hospital en los dramas médicos se refleja en el tratamiento que recibe en la ficción. Pasa de ser un lugar neutro que podría ser cualquier hospital (de la estandarización) a un lugar con personalidad propia (la personificación). Es fácil citar los nombres de algunas de estas instituciones ficticias y que los espectadores sepan perfectamente de qué serie hablamos. Nombres como *St. Eligius*, *County General Hospital*, *Princeton-Plainsboro Teaching Hospital* o *Seattle Grace* han quedado asociados a los dramas médicos que utilizaron el hospital como el epicentro de su universo ficticio. La serie norteamericana *St. Elsewhere* fue el primer drama médico en poner en primer plano la institución hospitalaria, en un cambio que formaba parte de una tendencia en la ficción televisiva y que había encabezado, un año antes, *Canción Triste de Hill Street* (ambas series eran de la misma productora, MTM Enterprises). La focalización en el hospital permitió al drama

médico arraigarse en un vecindario concreto con una situación socioeconómica concreta, ampliando el tipo de comentario que podía permitirse como género (desarrollaremos este punto más adelante).

Dentro de las series ambientadas en un lugar de trabajo, no hay duda de que el hospital es un lugar único para la creación de escenarios con posibilidades narrativas. No sólo porque es un espacio por el que pueden pasar un número infinito de ciudadanos anónimos (lo que significa un número infinito de tramas a introducir), sino porque además las historias que acontecen en él suelen tener un alto potencial dramático. Es también un lugar que apela a espectadores de todas las condiciones, porque los conflictos relacionados con la salud conectan con un público muy amplio, siendo una preocupación común de públicos a priori muy diferentes. Los doctores y el equipo médico se encuentran en el epicentro del drama humano y son los héroes que hacen posible que estas historias anónimas esquiven el desenlace fatal y tengan un final feliz que provoque una catarsis de emociones en la audiencia.

La figura del doctor en las series

Desde el principio de la ficción seriada, el profesional de la medicina se ha situado en la misma categoría que el *sheriff* en los *westerns* o los detectives en las series policíacas, lo que dice mucho de la forma en que el medio televisivo ha representado tradicionalmente a la figura del doctor: como un héroe que salva vidas, pero que en vez de utilizar un revolver o enseñar la placa que representa a la ley usa el bisturí y la bata blanca como símbolo de autoridad. El médico encaja a la perfección en la definición del héroe clásico televisivo, en el sentido de que su causa es noble y su naturaleza altruista, tendiendo a poner a los otros por encima de sí mismo, sacrificándose con largas jornadas de trabajo y haciendo siempre todo lo posible por salvar a sus pacientes. El arquetipo del sanador subyace de

⁵ Nótese que las tendencias en materia de series suelen llegar tarde a la televisión española, pues *Médico de Familia* se estrenó en 1995 y *Hospital Central* en 2000, ambas mucho más tarde que las series internacionales que les sirvieron de inspiración.

manera notable en el retrato del doctor televisivo, cuya capacidad para curar a los que lo necesitan lo convierte en una figura a la que admirar y en la cual el espectador puede depositar ciegamente su confianza. El *sheriff* nos protege de los indios, el agente de policía de los criminales, y el doctor de las enfermedades. Todos ellos velan, en el fondo, por nuestra seguridad, una idea que enlaza con la de la ficción del confort, que ya hemos mencionado, y que convierte al profesional médico en un personaje de rasgos amables y comprensivos.

Los protagonistas de los primeros dramas médicos, como el Dr. James Kildare (de Dr. Kildare), eran el prototipo de doctor a quien le bastaban una sonrisa tranquilizadora y una palmada en la espalda del paciente para ganarse su confianza. «Todo irá bien» era lo que transmitía un personaje interpretado por el entonces joven Richard Chamberlain y cuyas atribuciones sobrepasaban las de un profesional médico. A pesar de que su mentor, el Dr. Leonard Gillespie, le advertía de que debía ceñirse al ámbito de la medicina, el protagonista de este drama médico clásico a menudo llevaba la práctica médica más allá y se convertía en el consejero de sus pacientes, tal era la seguridad que les transmitía. Se trata, pues, de una figura de autoridad a la que se atribuyen unos conocimientos y una sabiduría en el ámbito de la vida en general que exceden las competencias de una titulación médica, que genera respeto a su alrededor y que al mismo tiempo es lo bastante cercana como para que los enfermos se aproximen a él con problemas fuera del ámbito de la salud.

La figura del médico bondadoso se perpetúa y es la visión preponderante hasta finales de los años 70. El Dr. Marcus Welby, el protagonista de *Marcus Welby M.D.*, personifica mejor que ninguno a este doctor que se desvive por sus pacientes y al que menudo vemos velando por ellos junto a su cama. Uno de los ejes centrales de esta serie será el conflicto entre el protagonista y el Dr. Steven Kiley, pues ambos a menudo están en desacuerdo respecto a qué métodos utilizar. Esta fricción será un tipo de conflicto habitual en los dramas médicos, pero en este caso, y a pesar de que uno tiende a seguir los manuales

al pie de la letra y el otro sigue caminos menos ortodoxos, los dos tienen como principal preocupación el bienestar del paciente. Simplemente, son héroes con aproximaciones diferentes en lo que se refiere a la práctica médica.

La figura del médico empieza a mutar en *St. Elsewhere*, una serie de corte mucho más realista, donde encontramos al Dr. Mark Craig, un personaje que pone sus propios intereses por encima de la medicina. Abandona *St. Eligius* por un trabajo mejor pagado y sólo regresa al centro cuando se le promete un aumento de sueldo y mejor equipamiento. Es mostrado como una estrella de la medicina, un genio que sin embargo es irascible y fácilmente irritable, y que tiene la costumbre de ridiculizar a sus compañeros con comentarios irónicos. Sus arriesgadas operaciones, como un trasplante de corazón, hacen de él un valor muy importante para el hospital y nos indican que vale la pena cargar con su personalidad a cambio de su talento como doctor. El perfil es muy parecido al del Dr. Gregory House, el experto en diagnóstico de la serie *House M.D.* La diferencia entre ambos es que Mark Craig es un personaje más en una ficción coral con otros doctores que personifican la visión del doctor bondadoso de décadas anteriores, mientras que Gregory House es el protagonista de su serie y estrella absoluto de la función, personificando un nuevo tipo de doctor que se sitúa en las coordenadas del antihéroe.

La irrupción y la popularidad del antihéroe no es exclusiva del drama médico. El éxito de *House* debe interpretarse dentro del contexto de la transformación vivida por las series de televisión con el movimiento rupturista de los canales por cable estadounidenses, que introdujeron ficciones que, entre otras muchas características, estuvieron protagonizadas por personajes moralmente complejos. Tony Soprano, de *Los Soprano*, es el gran antihéroe televisivo moderno, una subversión de los valores del héroe clásico que sin embargo logra conectar con el espectador a través de sus angustias y sus debilidades, y una influencia básica en los antihéroes modernos que encontramos en series como *Breaking Bad* o *Dexter*. En el drama médico, la adopción de este modelo de protagonista ha llevado al surgimiento



y la popularización de un modelo de doctor caracterizado por un carácter desagradable y una aproximación deshumanizada a la medicina.

Si el doctor ficticio tradicional era esencialmente noble y altruista, siempre al servicio del paciente, cuyo bienestar consideraba una prioridad (mirada reconfortante incluida), el nuevo doctor de la ficción será un ególatra que no tendrá en cuenta al paciente, a quien considera un obstáculo en su profesión y tratará de manera desagradable. La falta de ortodoxia también será otro de los elementos clave, y los antihéroes del drama médico serán reticentes a seguir las normas del hospital, tomarán decisiones que ponen en riesgo la vida de los demás, pacientes incluidos, y menospreciarán en general cualquier otra opinión. Sus prioridades tendrán más que ver con la satisfacción personal de poder resolver un rompecabezas (el paciente) que con el hecho de curar a una persona que necesita su ayuda. Encabezando la tendencia del antihéroe médico se encuentra el mencionado Dr. House, que fue y sigue siendo el más popular de este nuevo tipo de profesionales de la medicina, aunque el personaje, que debutó en la televisión norteamericana el año 2004, tiene varios precedentes. Vale la pena mencionar al doctor John Becker, de la serie Becker, que interpretó Ted Danson y que en 1998 ya era un médico malhumorado y políticamente incorrecto, o el doctor Vilches, de la serie española Hospital Central, que en el año 2000 empezó a interpretar el actor Jordi Rebellón (aunque en este caso era un personaje secundario, como el Dr. Mark Craig). Las incursiones de los canales de cable norteamericanos en el drama médico también nos han dado otros antihéroes de hospital, como la pareja de cirujanos de Nip/Tuck (2003), la enfermera Jackie Peyton, de Nurse Jackie (2009), o el doctor John W. Thackeray, del drama médico histórico The Knick (estrenado en 2014).

Héroes o antihéroes, todos los doctores de los dramas médicos se caracterizan por sus enormes talento y habilidad. Todos están extraordinariamente preparados y son capaces de resolver situaciones de alto riesgo y operaciones en extremo complejas. Para encontrar médicos ineficien-

tes o irresponsables, uno tiene que abandonar el territorio del drama médico y entrar en el de la comedia, donde series como Scrubs, Green Wing o Childrens Hospital utilizan precisamente la imagen responsable e idealizada que los doctores suelen tener en pantalla para transgredirla de forma humorística. Estas comedias suponen una ruptura ante el exceso de seriedad y dramatismo de las series médicas, y como tales suponen un sano ejercicio de desmitificación de la figura del doctor.

Relación con la comunidad médica

Uno de los atractivos de las ficciones ambientadas en un lugar de trabajo es el hecho de poder ser testimonios de la realidad de unas profesiones que resultan atractivas para los espectadores, pero de las que desconocen los entresijos. Profesiones como la del policía o el médico son un misterio para los espectadores, que tienen curiosidad por ver cómo es la vida cotidiana de estos profesionales y cómo funcionan las dinámicas de su trabajo. Este factor también es clave en otras series que no se sumergen en profesiones televisivas tradicionales, como por ejemplo El ala oeste de la Casa Blanca, que permite al espectador ver cómo trabaja una versión ficticia del gabinete del presidente de los Estados Unidos; o Mad Men, que muestra el trabajo creativo que hay detrás de los anuncios y eslóganes publicitarios, llevándonos de las primeras reuniones con el cliente al resultado final del anuncio que será aprobado. En todas estas ficciones, el espectador da por hecho que lo que está viendo es fidedigno y está basado en la realidad, y por ello construye a través de estas series una imagen de la realidad de estas profesiones.

El drama médico no es una excepción a esta norma y tiene una influencia inevitable en la creación de un imaginario colectivo sobre la comunidad médica y el día a día en un hospital. Si bien estas series realizan una aproximación realista de la profesión, los mecanismos de la ficción hacen inevitables determinadas licencias. Estas licencias llevan a una de las críticas tradicionales que se ha hecho a estas series desde la comunidad médica: pueden crear expectativas

demasiado altas a los espectadores en lo que se refiere al instrumental médico que van a encontrar en un hospital y en lo relacionado con la tasa de mortalidad en situaciones concretas, que suele ser más alta en la realidad que en la ficción⁶. Ambas características son recursos del drama médico para otorgar una mayor heroicidad a sus protagonistas. Nadie quiere ver doctores de ficción cuyos pacientes no logra sanar o fallecen en la mesa de operaciones demasiado a menudo. Aunque estas situaciones sí ocurren en los dramas médicos, no son lo más abundante porque en el fondo son ficciones que transmiten, como ya hemos mencionado, una sensación de confort y seguridad que es agradable para el espectador. Lo mismo ocurre con el instrumental médico, que dota de una mayor espectacularidad a estas series con el riesgo de recrear hospitales ultratecnológicos que no son la realidad de los pacientes. Sin embargo, también es cierto que hay dramas médicos que han hecho de la recreación realista del instrumental sanitario una de sus marcas. Así, series como *Urgencias* o *House M.D.* retratan hospitales que están a la última, mientras que *St. Elsewhere* o *Nurse Jackie* muestran la realidad de la falta de recursos y las listas de espera, llevando el drama médico al terreno del drama social. En este sentido, la crítica de la comunidad médica que apunta que el drama médico crea falsas expectativas en la audiencia es válida, pero parcialmente, ya que no puede aplicarse a todas las series.

Para que los dramas médicos sean lo más realistas posible, a menudo los estudios contratan profesionales de la medicina como asesores, que trabajan estrechamente con los guionistas. El primer capítulo del Cuaderno que tiene entre las manos lo firma la doctora Lisa Sanders, que fue asesora de la serie *House M.D.* Sin embargo, como ella misma relata, hay un pacto entre realidad y ficción: la asesoría de los profesionales, que es la vía de injerencia de la comunidad médica en las ficciones que la representan, se toma al pie de la letra sólo hasta que choca contra los

intereses de la ficción. Es estos casos, dependerá de la decisión del guionista del episodio o del *showrunner* de la serie optar por la vía realista o por la vía que dramáticamente funciona. Como el drama médico no es un documental, y no se le puede exigir el mismo rigor que a este, es lógico que tenga preponderancia aquello que mejor va en el guión, y no lo que representa más la realidad.

La conexión entre dramas médicos y comunidad médica ha existido desde los orígenes del género. La serie *Medic*, estrenada en 1954, fue la primera en prestar especial atención a los procedimientos médicos, y desde entonces los guionistas se han preocupado por mostrar con detalle y exactitud el trabajo de los profesionales de la medicina, a menudo contando con la asesoría de médicos para asegurar una correcta representación de la realidad. Inicialmente, los guiones se enviaban a instituciones médicas para su revisión. Así, *Dr. Kildare*, la serie médica más popular de los años 60 en los Estados Unidos, contaba con los consejos de la American Medical Association, que aparecía citada en los créditos al final de cada episodio, y en los 70 la serie *Marcus Welby M.D.* tenía miembros de la American Academy of Family Physicians corrigiendo errores en los guiones. Recientemente se ha impuesto la figura del asesor independiente, contratado por el estudio o productora y que trabaja de forma continua con los guionistas, con un *feedback* constante e incluso con la posibilidad de sugerir ideas para nuevas tramas. Además de la Dra. Lisa Sanders en *House M.D.*, también pertenecen a esta categoría la Dra. Karen Lisa Pike y la enfermera Linda Klein, que trabajan para la serie *Anatomía de Grey*. Una tercera posibilidad es que los guionistas tengan conocimientos de medicina. Es notable el caso de *Urgencias*, que Michael Crichton escribió basándose en su propia experiencia como residente en el Boston City Hospital, y que contó con guionistas con un bagaje en la profesión, como Joe Sachs, médico de cabecera, o Neal Baer, pediatra.

⁶ Un informe de la Organización Médica Colegial de España del año 2008 ponía como ejemplo la reanimación cardiopulmonar, cuyos resultados en la ficción suelen ser positivos en una proporción mucho mayor que en la vida real.



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

La asesoría de la comunidad médica ha sido crucial en la introducción de enfermedades desconocidas en la ficción, que es una de las características más interesantes del drama médico como género. A lo largo de la historia, los guionistas de muchas de estas series se han preocupado por introducir en sus tramas condiciones médicas que no habían tenido demasiada presencia en televisión, contribuyendo así a visibilizarlas. Una serie clásica, *Dr. Kildare*, fue la primera en introducir la epilepsia y los problemas derivados de la drogadicción, y habría sido la primera en tratar otras cuestiones, como las enfermedades venéreas o la píldora anticonceptiva, si no fuera porque el consejo de administración de la NBC decidió rechazar los guiones de sendos episodios escritos por Jack Neuman, a pesar de que contaba con el apoyo del entonces presidente de la cadena. Y es que los dramas médicos a menudo se cruzan con dilemas morales controvertidos que tienen una aceptación diversa en función de la sociedad de la época, y es la presión de los anunciantes lo que a menudo funciona como órgano censor. A pesar de ello, a lo largo de la historia del drama médico los guionistas han logrado introducir cuestiones médicas de recepción difícil, convirtiéndose así en un vehículo más efectivo (gracias a sus elevadas audiencias y la implicación del público en la ficción) que los programas informativos para influir en la opinión pública.

La llegada de los años 70 supuso un cambio notable en este sentido, con el realismo social abriendo brecha en los géneros tradicionales de las series. En el drama médico, esta nueva entrada de aire fresco se traduce en una ficción como *M.A.S.H.*, cuyo comentario político sobre la Guerra de Vietnam, entonces en curso (la serie estaba ambientada en la Guerra de Corea para ocultar sus intenciones), introdujo un tipo de lectura inédito en el género. La serie, creada por Larry Gelbart a partir de la película y la novela previas, se emitió de 1972 a 1983, y tuvo como sucesora a *China Beach*, que se estrenó en 1988 y estaba ambientada en un hospital de evacuación en la ciudad de Da Nang durante la (ahora sí) Guerra de Vietnam. Eran los años 80 y el drama médico de referencia ya era *St. Elsewhere*, que destacó por su aproximación realista y su contexto so-

cioeconómico humilde: el *St. Eligius* era el hospital al que acudían pacientes rechazados por otros hospitales de más prestigio y mejores equipamientos. La serie, creada por el dúo formado por Joshua Brand y John Falsey (que años más tarde realizaron otra serie médica emblemática, *Doctor en Alaska*), trató temas inéditos como el cáncer de mama. *St. Elsewhere* fue la primera serie en abordar el sida, en un episodio de 1983 titulado *AIDS & Comfort* en el que un padre de familia es diagnosticado seropositivo, lo que provoca cierto estado de nerviosismo en el hospital y lleva a su familia a desvelar la relación homosexual secreta que mantiene con otro hombre. El ejemplo de *St. Elsewhere* fue seguido en 1987 por la serie inglesa *Intimate Contact*, que fue la primera serie cuyo tema giraba exclusivamente en torno a este síndrome al tener un protagonista que contrae el virus del sida en un viaje de negocios durante el cual tiene relaciones con una prostituta.

El primer médico en practicar una eutanasia en una serie de ficción fue la Dra. Roxanne Turner, también de *St. Elsewhere*, aunque no lo hizo en la serie original sino en *Homicide: Life on the Street*. La actriz Alfre Woodard recuperó el personaje, que había abandonado *St. Elsewhere* en la quinta temporada, al que reencontramos trabajando en un hospicio de Baltimore. En el episodio, titulado *Mercy*, de 1998, es acusada de haber realizado la eutanasia a varios enfermos terminales. A pesar de que *Urgencias* también fue una serie valiente en este sentido, tardó mucho más en abordar la cuestión del suicidio asistido y no lo hizo hasta un episodio de 2004, titulado *Twos The Night*, en el cual la Dra. Jing-Mei Chen practica la eutanasia a su propio padre, tal como él había pedido en uno de sus pocos momentos de lucidez. El Dr. Pratt encubre la acción, que realiza con éxito y tras la cual desaparece, pues regresa a China para enterrar a su padre y abandona su trabajo en el County General Hospital para no volver. En los años 90, *Urgencias* también abordó temas como el trasplante de órganos o las poco reconocidas enfermedades mentales, al mismo tiempo que trataba cuestiones de carácter social como el tráfico de personas o los derechos de la comunidad homosexual.

Finalmente, cabe destacar el valor de los dramas médicos como herramientas educativas. A pesar de que a menudo adaptan la realidad a las convenciones de la ficción, la representación del trabajo que se realiza en un hospital es lo bastante exacta como para ser utilizada a modo ilustrativo para los estudiantes de medicina. Joe Sachs, guionista y productor de Urgencias, lo expone de la siguiente manera: «Una medicación que en la vida real tardaría 10 minutos en tener efecto, en la serie podría tardar 30 segundos. Normalmente comprimimos el tiempo, pero hemos aprendido que ser rigurosos es importante por muchas razones más allá de hacer un drama realista y responsable». Para los espectadores, los dramas médicos también pueden ser una fuente de conocimientos útil. En el año 2011, una mujer tuvo un ataque de asma que la dejó inconsciente, y su hija de 10 años le practicó una reanimación cardiopulmonar tal como había visto hacer en Anatomía de Grey, serie que solía ver cada semana junto a su madre. La anécdota no puede generalizarse ni debe deducirse que un curso de primeros auxilios pueda ser sustituido por una serie de televisión, pero sí nos dice que visionar un drama médico da al espectador más herramientas de las que la propia serie pretende, pues las series no quieren educar al espectador, sino sólo entretenerlo.

Transformaciones del drama médico

Las series de televisión están viviendo actualmente uno de los momentos creativos más interesantes de su historia. El medio ha logrado alcanzar un prestigio impensable hace años, que es el resultado de unos cambios en la industria televisiva que han llevado al reconocimiento del guionista como autor y a la creación de series con ambiciones artísticas que van más allá de lo que antes se consideraba mero entretenimiento. Esta transformación también ha alcanzado la estructura del drama médico, que en la última década ha combinado la ejecución de la fórmula tradicional de los *workplace programs* con la exploración de nuevas ideas que tienen como objetivo innovar el género. Entre los cambios más relevantes encontramos el interés por disciplinas

poco exploradas en el medio, como la cirugía plástica (en la serie Nip/Tuck, de 2003), la ginecología (en la ficción inglesa Bodies, de 2004) o la sexología (en la serie Masters of Sex, de 2013), que abren el punto de vista del drama médico tradicional, a menudo centrado en la medicina general.

También se han llevado a cabo fusiones con otros géneros, con resultados diversos. Convertir al doctor en un héroe de acción imprimiendo un ritmo elevado al drama médico es algo que se ha intentado en diversas ocasiones, con resultados poco alentadores. Es el caso de la norteamericana Trauma, de 2009, centrada en un equipo de paramédicos, o de la británica Critical, de 2015, que prometió operaciones en tiempo real. Ninguna de las dos fue bien recibida, ni por la crítica ni por el público. En cambio, la fusión de drama médico y drama histórico de The Knick, la serie de Steven Soderbergh estrenada en 2014, fue destacada como una de las mejores ficciones televisivas de aquel año. Ambientada en un hospital de principios del siglo xx, la serie revisita algunas de las características clave del género, como la figura del antihéroe, la rivalidad entre doctores, los conflictos éticos o los casos episódicos, con un telón de fondo que permite construir un retrato histórico en el que encontramos conflictos sociales como el racismo y las diferencias entre clases, prácticas como la venta de cadáveres o técnicas quirúrgicas que para el espectador actual son muy rudimentarias. Todo con el debido gusto por la sangre y las imágenes impactantes que rigen parte de la ficción televisiva actual.

Sin embargo, el elemento más interesante de la transformación actual del drama médico es que sus temas están apareciendo en series que no se enmarcan en el arquetipo del género. Las cuestiones médicas, hace años contenidas dentro de las series de hospital, se encuentran actualmente en series de todo tipo. En el presente volumen encontrará ensayos sobre series médicas tradicionales como las que hemos tratado en esta introducción, pero también sobre series que a priori no se calificarían como médicas pero sin embargo contienen elementos suficientes del género como para ser analizadas aquí. La expansión de estos contenidos fuera de los límites



de la ficción de hospital beneficia en última instancia a la medicina, cuya presencia en el imaginario colectivo creado por las series de televisión cada vez es mayor. De todos modos, creemos necesario un análisis pormenorizado de algunos casos que consideramos clave. Un análisis que dejamos en manos de los verdaderos profesionales de la medicina: los expertos en cada una de las disciplinas médicas que han participado en este libro con sus reflexiones acerca de cómo las series reflejan su profesión.

En el primer capítulo encontrarán un análisis sobre la serie *House* y su visión del diagnóstico médico. En el segundo, averiguaremos si *The Knick* es tan rigurosa como parece con un apasionante viaje por la historia de la cirugía. En el tercero, el lector podrá profundizar en cómo una serie tan prestigiosa como *Los Soprano* ha hecho del psicoanálisis la clave de la creación de su protagonista. En el cuarto capítulo se analiza de qué manera la serie de televisión *The Big Bang Theory* ha ayudado a visibilizar y popularizar el síndrome de Asperger, hasta hace poco desconocido por el gran público. En el quinto capítulo hallarán un ensayo sobre la drogadicción tal como se muestra en la serie *Breaking Bad*, y en el sexto sobre cómo se trata el tabaquismo en una serie de época como *Mad Men*. En el

séptimo capítulo nos atreveremos a abordar *The Walking Dead* como si fuera una serie médica, tratando el problema de los zombis como una epidemia tradicional. En el octavo pueden ver cómo el problema social del sida ha sido tratado en tres ficciones muy diferentes. El noveno y el décimo capítulos están dedicados a las dos disciplinas médicas de representación televisiva más reciente: primero observamos la cirugía plástica en *Nip/Tuck* y en *Anatomía de Grey*, y luego nos centramos en la sexología y los protagonistas de *Masters of Sex*. En el undécimo capítulo tratamos la medicina forense, una de las especialidades más recurrentes en televisión, analizando *CSI*, la serie que la popularizó. En los siguientes tres capítulos nos adentramos en las emociones de tres personajes: la bipolaridad de Carrie en *Homeland*, la depresión de Olive en la miniserie *Olive Kitteridge*, y el camino hacia el mal de Rust en *True Detective*. Y en el último capítulo nos ocupamos del cáncer tal como lo muestra la serie *Polseres Vermelles*, cerrando un Cuaderno de la Fundación Dr. Antonio Esteve cuyo objetivo es dar a los profesionales de la medicina una panorámica de cómo su profesión se refleja en las series, y a los aficionados a las series un punto de vista interesante, inesperado y enriquecedor de sus ficciones favoritas.



House y el diagnóstico médico*

Lisa Sanders

Gregory House marcó un antes y un después dentro del género de las series médicas. No sólo trasladó con notable éxito el concepto de protagonista antihéroe de las cadenas por cable a la televisión en abierto, sino que además logró ganarse el interés y el respeto de buena parte de los profesionales sanitarios. Después de ocho temporadas en el canal FOX (2004-2012), 177 episodios y numerosos galardones, entre ellos dos Globos de Oro para Hugh Laurie como mejor actor protagonista, House sigue siendo objeto de estudio en el ámbito universitario y en revistas médicas de prestigio como The Lancet.

El médico fija sus penetrantes ojos azules en el hombre de mediana edad que tiene sentado ante él y que presenta una tonalidad de piel muy extraña. Por encima de su nariz aguileña, lo escudriña con la mirada con que un depredador examina a su presa. Fríamente señala:

- Desgraciadamente el problema de usted es muy grave: su mujer le pone los cuernos.
- ¿Qué? —exclama el hombre, sorprendido por ese diagnóstico tan inusual y poco solicitado.

El médico juega con su bastón mientras contempla al paciente, cuya piel tiene el color de una zanahoria, pero que solamente se queja de dolor en la espalda tras una intensa partida de golf.

- Está usted naranja, imbécil —espeta, irritado—. Y que usted no se dé cuenta, pase; pero si su mujer tampoco ve que su marido ha cambiado de color es mala señal.

Se trata del primer intercambio entre el doctor Gregory House y el paciente que acude a su consulta en el primer episodio de la serie de televisión de la cadena estadounidense Fox llamada House MD (que en España se emitió con el nombre de House). Ya desde el principio queda

patente el vínculo entre House y su inspiración, el detective privado más célebre de todos los tiempos: Sherlock Holmes.

A partir del primer encuentro con el personaje, House se erige como un hombre observador, inteligente y arrogante. Aunque es quisquilloso y a veces incluso maleducado, domina como nadie el método deductivo y posee un instinto implacable para la revelación dramática. Los que conocen el canon *holmesiano* detectarán los ecos que guarda esta escena con el primer encuentro del lector con el detective en *Estudio en escarlata*. A los pocos minutos de conocer a su futuro amanuense, el doctor John Watson, Holmes le anuncia: «Por lo que veo, ha estado usted en tierras afganas». No revela lo que le ha llevado a esa deducción hasta varias semanas y casi 12 páginas después. Cuando Watson le pide una explicación, Holmes desvela la concatenación de observaciones y razonamientos que, en retrospectiva, como todas las deducciones, parece muy sencilla: «Hay delante de mí un individuo con aspecto de médico —le dice a Watson— y militar a un tiempo. Luego se trata de un médico militar. Acaba de llegar del trópico, porque la tez de su cara es oscura y ese no es el color suyo natural, como se ve por la piel de sus

* Artículo original en inglés disponible en: www.esteve.org

muñecas. Según lo pregonaba su macilento rostro, ha experimentado sufrimientos y enfermedades. Le han herido en el brazo izquierdo. Lo mantiene rígido y de manera forzada... ¿En qué lugar del trópico es posible que haya sufrido un médico militar semejantes contrariedades, recibiendo, además, una herida en el brazo? Evidentemente, en Afganistán».

Se trata de un hombre arrogante, observador, inteligente..., un poco cascarrabias tal vez, pero sumamente brillante en sus deducciones y revelaciones lapidarias, que expresa de un modo casi despiadado. El paralelismo entre ambos no es casual. El cocreador y productor ejecutivo de la serie, David Shore, ha reconocido que el homenaje fue intencionado desde el principio: «Cada vez que alguien conjuga “enigma” y “deducción brillante” en la misma frase, es inevitable pensar en ese gran personaje de ficción, el detective Sherlock Holmes, y en su inseparable ayudante, el doctor Watson. Sin duda alguna, Holmes (y el médico real que lo inspiró, el doctor Joseph Bell) fueron una fuente de inspiración clara para House».

Los ecos al canon *holmesiano* son frecuentes en la serie. El apellido del protagonista, House (que en inglés significa «casa»), recuerda a Holmes (cuyo homófono, *homes*, significa «casas»). House tiene un único amigo, James Wilson, un paralelismo con el doctor John Watson. House toca el piano, la guitarra y la armónica; Holmes se distrae tocando el violín. House toma Vicodina; Holmes, cocaína. Ambos se inyectan de vez en cuando morfina o un derivado de la morfina. Holmes muere (por lo menos temporalmente) tras una pelea con su archienemigo, el profesor James Moriarty, en la que ambos caen por un precipicio; a House le dispara un tiro casi mortal Jack Moriarty. Irene Adler era, para Holmes, LA mujer. La primera paciente que salva House tiene el mismo apellido, Rebecca Adler. House finge un cáncer para conseguir uno de sus objetivos, lo cual constituye una referencia clara a la historia *El detective moribundo*, en la que Holmes simula tener una infección mortal para atrapar al asesino.

Holmes y Watson llaman a todo el mundo por el apellido. Lo mismo hacen House y Wilson. Además, Holmes y House tienen en común una

personalidad poco convencional y cierta brusquedad en la conducta, especialmente cuando investigan un caso interesante. Las similitudes son evidentes incluso en el ocio. El actor Hugh Laurie comparó una vez la obsesión de House con la televisión, los videojuegos y la música popular con el hábito de Holmes de escuchar música clásica o leer monografías insípidas durante horas para descansar la mente mientras resolvía un caso.

Un médico que inspira a un detective que inspira a un médico que inspira una serie

House se emitió en la cadena Fox de 2004 a 2012. Fue una de las series más populares de la década. De hecho, en el año 2009 fue la serie más vista del planeta, con 51 millones de espectadores. Por el camino obtuvo tres premios Emmy (mejor guión, mejor dirección y mejor maquillaje), cuatro Golden Globes (mejor actor y mejor serie dramática, dos veces cada uno) y un premio Peabody. Además, recibió galardones del Gremio de Actores de Cine y el Gremio de Escritores, por no hablar de infinidad de People's Choice Awards (premios de elección del público).

Hay quien dice que la serie tiene muchos padres, y en este punto quiero reclamar mi pequeña parte del pastel de la paternidad, junto con Sherlock Holmes. Desde 2002 escribo una columna mensual en el *New York Times Magazine* sobre misterios médicos. En mi columna, que se llama *Diagnosis*, relato la historia de un paciente con síntomas misteriosos que acude al médico para dilucidar la causa. Llevo a los lectores de la mano por el proceso diagnóstico mediante las pistas y deducciones que permiten que el médico/detective descubra los procesos patológicos que provocan la enfermedad del paciente, e indico un posible tratamiento o incluso una cura.

Cuesta recordarlo, pero a principios de este siglo (antes de que House fuera un nombre conocido por todos) el diagnóstico no era un tema de debate popular. Si consideramos que lo que aparece en los medios y el mundo del entretenimiento constituye un indicador de la popularidad o el reconocimiento de un tema, el diagnóstico



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

por aquel entonces no era un proceso holmesiano, sino una respuesta sencilla a la pregunta compleja que presentaba el paciente. En las series médicas tradicionales, el diagnóstico era un mero punto de partida para el resto de la historia. En programas como Dr. Kildare (1961-1966), Marcus Welby (1969-1976) o Urgencias (1994-2009), un paciente acudía al médico o al hospital con una sintomatología concreta, pero el argumento se centraba en lo que ocurría antes o después de que se desvelaran las causas. El diagnóstico quedaba relegado a un nexo entre una escena y otra.

Por ejemplo, en Urgencias, una de las series médicas que se mantuvo más tiempo en antena, uno de los médicos dice a su paciente: «ya tenemos los resultados del análisis de sangre: padece usted leucemia». Sin más cavilaciones. Se extrae sangre, se realizan unos análisis, se llega a una respuesta (la leucemia) y la historia retoma el tema original. En estas series, el diagnóstico es como las matemáticas. La fatiga, sumada a los resultados anómalos de los análisis, equivale a leucemia. En realidad, el diagnóstico de este tipo de cáncer suele ser mucho más complejo. ¿Hubo alguna pista en la exploración física, como la palidez del rostro y de los ojos? ¿Presentaba el paciente esplenomegalia? ¿Pérdida de peso? Nada de eso es importante ni entraña un misterio especial cuando el diagnóstico no es más que un pequeño componente de un drama humano de otro tipo.

En realidad, creo que a los médicos les gustaba retratar así su profesión. La precisión meridiana de la ciencia y la certeza del diagnóstico se contraponían al arte de lidiar con las complejidades de la conducta y las emociones humanas. La simplicidad de esta representación ficticia del proceso camufla la incertidumbre que rodea a la mayoría de los diagnósticos, si no a todos. Reconocer la falta de precisión intrínseca es algo que parece incomodar a los médicos.

Cuando empecé mis estudios de medicina, nada durante los primeros 2 años contradijo la idea que tanto mis compañeros de clase como yo teníamos: que la medicina era eminentemente científica, con una precisión y una exactitud que la situaban al mismo nivel que lo que habíamos

aprendido en las aulas antes de llegar a la universidad y durante los primeros dos cursos: química, biología, anatomía y fisiología. Una disciplina bien definida, bien comprendida; una ciencia, en definitiva.

Esa impresión se desmorona en el tercer año de carrera, cuando los estudiantes salen de las aulas y llegan a un hospital o un centro donde se practica la medicina real y descubren el misterio del diagnóstico (y, de hecho, lo celebran en silencio).

En mi primer día de prácticas médicas asistí a la reunión diaria que celebran todos los médicos de una especialidad, que en los Estados Unidos se denomina *Resident Report*. Una gran mesa dominaba la reunión. A su alrededor se sentaban los médicos en prácticas. Los estudiantes se colocaban al fondo, junto con los profesores de medicina más experimentados. Un residente (que es como denominamos a los médicos en prácticas) describió el caso de un paciente que había acudido al hospital con un problema que requería diagnóstico y atención médica. Expuso el caso a los asistentes tal como él se lo había encontrado: quién era el paciente, qué había contado a los médicos y cuáles fueron los resultados de la exploración y de las pruebas preliminares. Luego los residentes tuvieron que afrontar el reto de dilucidar el diagnóstico. Examinaron los datos presentados, formularon preguntas adicionales e intentaron establecer una serie de razonamientos que les llevaran de los efectos (síntomas) a la causa (enfermedad).

En esa primera reunión me percaté con estupor de que el diagnóstico no era un problema matemático, sino una historia de detectives. Un enigma de Sherlock Holmes inscrito en su contexto original, no en la residencia del número 221B de Baker Street, sino en la sala de exploración que lo había inspirado. En esta versión moderna que tenía ante mis ojos, los residentes desempeñaban el papel del joven Conan Doyle (médicos que se esfuerzan por aprender las nociones básicas de la deducción y el diagnóstico), orientados y corregidos por el maestro (Joseph Bell, cuyo papel cumplían los médicos más experimentados que corregían y retomaban el hilo cuando los alumnos se extraviaban).

De hecho, podría decirse que House es el doctor Holmes que habría existido si Conan Doyle hubiera vivido en el siglo *xxi*. Era imposible que Holmes fuera médico a finales del siglo *xix*, cuando surgió por primera vez de la pluma de Conan Doyle. Joseph Bell, el médico en quien el escritor basó su personaje, era un hombre admirado por sus fabulosas dotes de observación, su dominio de los elementos efímeros de la época (la geología local, los acentos regionales, etc.), su potente razonamiento deductivo y su don por lo dramático. Pese a controlar a la perfección los aspectos fundamentales del diagnóstico, por aquel entonces apenas le servían para nada. ¿Qué aportaban dichas habilidades a finales del siglo *xix*? La ciencia de la medicina era entonces rudimentaria. Aunque se habían descrito muchas enfermedades, pocas se comprendían bien. No había pruebas para confirmar las sospechas de un diagnóstico. Es más, incluso si eso hubiera sido posible, tampoco había tratamientos eficaces para casi nada.

En cambio, a finales del siglo *xix* la ciencia forense estaba en auge. Las herramientas más básicas para los detectives se estaban generalizando. La primera prueba balística se realizó en 1835. Las huellas digitales se usaron por primera vez para la investigación de delitos en 1892. En París, en la década de 1870, se empezaron a tomar fotografías de los detenidos como una forma de identificación policial. El uso generalizado del telégrafo permitió que los detectives del siglo *xix* se comunicaran rápidamente con la policía de otros distritos, tanto cercanos como lejanos. El caso de Jack «el destripador», aunque no pudo resolverse, supuso sin embargo la aplicación más célebre de la ciencia forense que empezaba a florecer en la época. En dicha investigación, los equipos de policías realizaron indagaciones casa por casa por todo Whitechapel, la zona donde se habían producido los asesinatos. Se recabó y examinó el material forense, se identificaron sospechosos, se tomaron huellas digitales y fotografías, y se realizaron interrogatorios que aparecieron en prácticamente todas las portadas.

La frustración de Conan Doyle con su oficio es casi tangible. Pese a las increíbles virtudes que había adquirido tras años de observar a Bell, apenas podía hacer nada para ayudar a nadie

médicamente. De modo que trasladó su fascinación por el proceso de observación y deducción, y la acumulación de conocimientos arcanos (que constituyen las herramientas fundamentales del diagnóstico), a una ciencia nueva: la ciencia de los crímenes y los detectives. Sherlock Holmes cambió el estetoscopio, que se acababa de inventar, por una gorra de doble visera y una lupa. Era el inicio de la historia de detectives.

De vuelta a las raíces

Si Holmes fue un detective inspirado por un médico, yo me considero una doctora inspirada por un detective. En realidad, desde esa primera reunión a la que asistí como estudiante, desentrañar el misterio del diagnóstico ha sido mi obsesión, tanto en mi consulta como en la columna que escribo para la revista del *New York Times*. De modo que, cuando recibí la llamada de un productor de Hollywood llamado Paul Attanasio, que me contó que iba a producir una serie basada en mi columna, me quedé intrigada. ¿Acaso iba a cerrarse el círculo de todo ese legado? Era una posibilidad apasionante. Attanasio describía la nueva serie como una especie de Ley y orden «procedimental», donde el «criminal» de cada episodio sería una enfermedad poco común, que habría que perseguir y llevar a la justicia, pero no a manos de la policía sino de un equipo especial de médicos.

El título inicial de la serie era *Chasing Zebras* («persiguiendo cebras»), en alusión a que los médicos suelen aplicar la lógica del refrán inglés «Cuando oigas galopar, piensa en caballos, no en cebras», según la cual los caballos son las enfermedades habituales. Sin embargo, en la serie, lo que provoca el galope son las cebras, es decir, las enfermedades poco frecuentes. La idea convenció de inmediato a la Fox, obtuvo financiación y el episodio piloto recibió luz verde. No obstante, Attanasio y su equipo (con socios como Katie Jacobs y David Shore) pronto se dieron cuenta de que, al centrarse exclusivamente en las enfermedades, estaban perdiendo un componente fundamental del drama: la complejidad humana. En palabras de Shore: «Cuando te enfrentas a un drama policial, hay toda una serie de motivaciones ocultas. Personas que esconden cosas. Los



gérmenes evidentemente no hacen eso. Un germen no le miente a otro porque se ha acostado con su mujer».

Aunque lo que Fox quería y había pagado era una serie procedimental que presentara un caso por semana, como CSI o como Ley y orden, que tanta popularidad y tan buenos resultados habían cosechado para otros canales, los cocreadores Attanasio y Shore se percataron en seguida de que no iban a engendrar algo así. La serie, más bien, se iba fraguando como un serial, un programa cuyos giros argumentales comprenden múltiples episodios y dependen de un modo fundamental del desarrollo de los personajes principales. Se trata de un modelo menos rentable para las productoras, porque hay menos flexibilidad en las reemisiones. No obstante, Shore tenía muy claro que la estructura de un médico como detective necesitaba más cosas para compensar la ausencia de un villano. Y que el propio médico debía condensar la complejidad que normalmente se distribuye entre todo un reparto. «Cuanto más trabajaba en el tema —explica Shore—, menos capaz me sentía de convertirlo en algo procedimental y más empezaba a cobrar vida el personaje para mí». Ese personaje se convirtió en el hombre que ahora conocemos como Gregory House.

Cuando se rodó el episodio piloto, el miedo era que los ejecutivos de la Fox se enojaran, porque la serie no se inscribía en el modelo de caso por semana que habían comprado y pagado. «En cierto modo les dimos gato por liebre», reconoce Shore. El equipo había estado discutiendo cómo abordar el problema cuando llegó la hora de mostrar el piloto a los ejecutivos de la Fox, que decidirían si la serie seguiría su andadura o terminaría ahí. Attanasio sugirió no decírselo a la cadena y dejar que la serie hablara por sí misma. Así lo hizo. Se programó la serie para la temporada siguiente.

Fue entonces cuando recibí la llamada de Attanasio. ¿Me interesaba colaborar en la serie y proponer las historias médicas que constituirían el meollo de cada episodio? «¡Madre mía!», pensé. Mi columna... en Hollywood. Me quedé sin palabras.

«Cuénteme más», respondí, procurando sonar natural, como si las llamadas de ejecutivos

de Hollywood llegaran tan a menudo como las llamadas de las enfermeras. Attanasio hizo una breve pausa y luego prosiguió con cautela, contándome que la serie iría sobre un médico que se especializaba en realizar diagnósticos difíciles. Un médico que sería (y ahí Attanasio hizo otra pausa) «irritable, arrogante y adicto a las drogas. Un médico que odia a los pacientes, pero al que le encanta el diagnóstico».

La descripción desató una breve batalla en mi interior. No era así como quería que quedara reflejada mi magnífica obsesión: como el producto de un imbécil, un monstruo maleducado. Por otro lado, mostrar el diagnóstico como un misterio que debe resolverse, como una historia de detectives (y hacerlo para un público mucho más amplio del que iba a acceder jamás a mi columna), me atraía sobremanera.

Por supuesto, en función de esta descripción, me imaginé que la serie sería un fracaso. Normalmente comulgo con William Goldman en lo que concierne a Hollywood, y creo que nadie tiene ni idea de lo que hace. Pero no ese día. Cuando me hablaron de una serie centrada en un personaje que parecía imposible que gustara a nadie (cabe recordar que eso fue antes de Breaking Bad), me imaginé que duraría una temporada, como mucho.

Sumida en la cacofonía de mis pensamientos, contesté con toda la naturalidad de que fui capaz que sí, que me encantaría colaborar con la serie. Pero en cuanto vi el episodio piloto supe que me había equivocado por completo. La serie era excelente. El actor elegido para dar vida a House, un británico llamado Hugh Laurie (conocido hasta entonces como el más serio del dueto que había protagonizado con el actor cómico Stephen Fry), resultaba cautivador como el héroe improbable de esta mezcla entre comedia y drama de tema médico. En apariencia, House era el horror que había descrito Attanasio (arrogante, irritable, grosero... vamos, totalmente insoportable). Sin embargo, de algún modo, cuando el espectador miraba a los ojos del actor Hugh Laurie, percibía inmediatamente que existía otro House, un House más bueno, un ser sensible que había sufrido y que afloraba sobre esa capa externa malhumorada. Y ambos resultaban fascinantes.

Aventuras en Hollywood

Tras firmar el contrato, Paul me propuso viajar a Los Ángeles y conocer a los guionistas y los actores. Mientras conducía un coche de alquiler por West Pico Boulevard, intentaba imaginarme a quién iba a conocer y cómo iba a ir todo. Tenía el pulso aceleradísimo cuando llegué a la zona de seguridad de la entrada del estudio y un apuesto hombre de mediana edad (¿un actor fracasado?) anunció mi llegada. Me ofrecieron un mapa y las indicaciones para llegar al edificio donde iba a conocer a los guionistas, los productores y los actores.

Un joven alto y atlético me dio la bienvenida cuando entré en el edificio bajo que tenía la apariencia de un almacén antiguo. Las alfombras eran industriales y gastadas. Las paredes, llenas de marcas y un poco deslustradas. Pero Dustin (así se presentó el joven) me condujo con jovialidad y alegría por una docena aproximada de pequeñas oficinas. «Aquí es donde trabajan los guionistas», me dijo. Luego me llevó a una gran sala en la que, aunque destacaba una mesa enorme, imperaba el estilo desenfadado y práctico de la sala de recreo de una residencia de estudiantes. Paul me saludó y me presentó a los guionistas (Tommy Moran, Peter Blake, Larry Kaplow y Sara Cooper), al productor ejecutivo (David Shore) y al consultor médico (un interno licenciado en Harvard llamado David Foster).

Todos nos sentamos en esa mesa de dimensiones descomunales y empezamos a charlar. Varios episodios de la primera temporada surgieron de esa conversación. En concreto, recuerdo el debate sobre si deben respetarse los deseos de los pacientes, aunque estén equivocados. Y sobre el hecho de que, si tratas a alguien que no quiere recibir tratamiento, puede denunciarte por agresión. Ese tema cobró vida en el episodio 9, titulado *No RCP*, en el que un músico de jazz, que cree que sufre una enfermedad degenerativa terminal, pide que no se le realice ninguna intervención de reanimación en caso de parada cardíaca. House cree que el diagnóstico es erróneo, de modo que, cuando al hombre se le para el corazón, lo reanima. Por supuesto, House acaba teniendo razón (como se descubre más adelan-

te) y el músico vive, pero no sin antes interponer una denuncia.

Conocí a Hugh durante esa visita. Charlamos brevemente y le dije que dedicarme a la medicina era fruto de mi crisis de la mediana edad, pues antes había hecho mis pinitos en las noticias de televisión. Hugh me dijo que su padre también era médico como segunda profesión: había sido militar y fue al retirarse cuando se planteó estudiar medicina. Le pregunté si estaba canalizando la figura de su padre al encarnar el papel, ya que estaba demasiado deslumbrada como para oír siquiera lo que eso implicaba sobre su padre. Laurie sonrió amablemente y me dijo que su padre era un médico completamente distinto. «Un médico de familia», repuso, «que ejerce una medicina mucho menos sofisticada que House». Añadió que le resultaba raro pensar que en una temporada de la serie iba a ganar más dinero del que ganaba su padre en un año. «Es extraño, ¿verdad?», concluyó, pensativo.

Producción de costa a costa

Durante los 8 años en que se emitió House intenté ir a Hollywood a visitar el plató por lo menos una vez al año, principalmente porque era divertido. La mayor parte de mi trabajo como asesora técnica lo hice por correo electrónico y mediante llamadas telefónicas. Los guionistas me llamaban con el personaje y el argumento principal, y yo (con la ayuda de otros dos médicos asesores que se incorporaron más tarde) procuraba encontrar una enfermedad y una historia que encajara.

La otra parte de mi trabajo consistía en identificar las imprecisiones del guión. Eso no era tan entretenido como idear las propias historias, pero reconozco que la consideración de la medicina del público depende, al menos parcialmente, de cómo se muestre en televisión. Muy al principio de la primera temporada, uno de los guionistas propuso que el equipo de House le pusiera algo en la boca a un joven con epilepsia mayor para evitar que se le bloquearan las vías respiratorias con la lengua. Esto nunca ocurre en medicina. Desde el primer día en la facultad se nos dice



que ponerle algo en la boca a alguien que sufre un ataque epiléptico es más perjudicial que beneficioso. Aunque la intención sea evitar que el paciente «se trague la lengua», como me decían en el instituto, una cuchara en la boca puede bloquear las vías respiratorias del paciente y provocar hipoxia. Cuando lo señalé, el guionista cambió la escena de inmediato. Como resultado, House fue uno de los pocos programas que presentó correctamente la respuesta médica ante este tipo de ataque tan habitual.

Por supuesto, no todos mis consejos llegaron a buen puerto. En la segunda temporada, recibí un guión que contenía un error que debía corregirse. El guionista y productor Tommy Moran quería indicar el contacto oral-genital (insértese aquí una tosecita azorada) entre dos personajes, así que quería que el chico contrajera una infección que sólo pudiera transmitirse de ese modo. House le diagnosticaría al muchacho vaginosis bacteriana. Como herramienta dramática, el diagnóstico funcionaba. Sin embargo, es un diagnóstico improbable en un hombre. Como tantos otros nombres de enfermedades, en medicina la ubicación de la infección forma parte del nombre (cuando se habla de vaginosis bacteriana, «vagina» + «osis» alude al estado de la enfermedad). La infección no puede pasar a la boca, puesto que no es el entorno adecuado para dichas bacterias. De todos modos, incluso si así fuera, la infección en ese caso no se llamaría vaginosis bacteriana sino algo parecido a «bucalosis» (donde «bucal» se refiere a las paredes interiores de las mejillas). En medicina, el nombre de una enfermedad no suele reflejar el lugar del que procede la infección, sino el lugar donde acaba. El caso es que le escribí un correo electrónico muy extenso a Tommy para explicárselo y le sugería varias posibles alternativas. La respuesta que me mandó Tommy sólo tenía una línea: «Bah, mi idea es más divertida». Y lo fue.

Las raíces holmesianas de House

Hace poco llamé a algunos de los guionistas de House para preguntarles qué proceso habían seguido para trasladar a Sherlock Holmes al personaje de House. Peter Blake, Liz Friedman, Sara

Hess y Eli Attie fueron algunos de los mejores y más productivos guionistas de la serie. La mayoría trabajaron desde el principio de la serie hasta los últimos días. Y sus respuestas fueron idénticas: nadie les había dicho que House se basaba en Sherlock Holmes. Nunca jamás. De hecho, tanto Blake como Friedman afirmaron que, hasta que empezaron a trabajar en *Elementary*, una serie que se basa en la premisa de que Sherlock Holmes está vivo y sigue trabajando como detective privado en la Nueva York actual, no se dieron cuenta de hasta qué punto House recordaba a Sherlock Holmes. Solamente cuando releeron el canon *holmesiano* identificaron los vínculos entre ambos personajes.

Aun así, de algún modo Holmes está presente en la historia y en el personaje de House durante las ocho temporadas. ¿Cómo es posible? Claramente no tiene que ver con los guionistas. ¿Entonces con quién? Fue Eli Attie quien me aportó la pista que me permitió resolver el misterio. Attie llegó a House en la cuarta temporada, tras trabajar durante mucho tiempo en El ala oeste de la Casa Blanca, un gran éxito de la NBC. El argumento para el final de la serie es obra suya. En la octava temporada, y tras un largo arco narrativo, el mejor amigo de House, Wilson, se está muriendo de cáncer de tiroides metastásico. House está a punto de ingresar en la cárcel por empotrar su coche en casa de su ex novia y jefa, entrando en el salón a través de la pared. Parecía realmente improbable (y muy impropio de House) que Wilson muriera mientras su amigo se quedaba mansamente en la cárcel. ¿Cómo orquestar una trama que concluyera con un final bueno, sólido y digno de House? Los guionistas tenían un gran reto por delante. ¿Quién daría con la historia adecuada para finalizar la temporada y la serie? Attie ideó una ingeniosa estratagema. House desaparece justo unos días antes de tener que volver a la cárcel y se especula que ha huido. Al parecer, se ha corrido una buena juerga... No lo recuerda bien, pero al despertar se encuentra en un edificio abandonado de la zona más decrepita de la ciudad. A su lado yace un yonqui que parece haber sufrido una sobredosis. Por si fuera poco, el edificio está en llamas. Mientras House empieza

a recuperarse, recibe la visita de una mujer que murió un par de temporadas antes y que actúa como una especie de fantasma de las Navidades pasadas y presentes, puesto que lo confronta con sus actos y fechorías de los últimos años. Sumido en lo que probablemente es un delirio inducido por las drogas, House recobra la conciencia lo suficiente como para percatarse de que, si no sale del edificio, morirá. Y además está el otro tipo, el yonqui con sobredosis. House cambia su identidad por la suya y escapa del edificio justo antes de que se derrumbe con una gran explosión. Luego se esconde. Cuando aparece el cuerpo y el forense lo identifica, todo el mundo cree que es House, lo que le brinda la oportunidad de vivir con una nueva identidad.

A Attie le entusiasmó que David Shore eligiera su final para la serie. No fue hasta después de que se emitiera y la serie llegara a su colofón cuando Shore le contó por qué lo había escogido. El giro argumental mostraba un paralelismo con el capítulo final de la vida de Sherlock Holmes. En *La melena del león*, Holmes describe su vida en ese momento. La historia ocurrió «después de haberme yo retirado a mi pequeña casa de Sussex, consagrándome por completo a la apaciguadora vida de la naturaleza que tanto había anhelado en los largos años que pasé entre las lobregeces londinenses». Holmes se ha quitado la gorra de doble visera y se ha retirado al campo, donde disfruta de largos paseos campestres y escribe monografías sobre el humo de la pipa y varios aspectos de la vida de un detective, y entre misterio y misterio, se dedica a la apicultura.

Al igual que Holmes, House se retira de su antiguo mundo familiar. Como todo el mundo cree que está muerto, debe conseguir una nueva identidad y una nueva profesión. Pero antes, él y Wilson conducirán sus motos por todo el país, divirtiéndose y corriendo todo tipo de aventuras

hasta que a Wilson le llegue la hora y House empiece su nueva vida. Quién sabe, igual hasta se dedica a la apicultura.

Al escuchar la historia de Eli, por fin entendí que House encarna a Holmes gracias al ingenio y la sensibilidad de David Shore. Shore canalizaba a Sherlock Holmes y le infundía a Gregory House su esencia destilada. Se lo comenté a Shore y me contestó con modestia que siempre había sido un gran fan de Sherlock Holmes y que sentía una extraña sintonía con él. Shore, que había sido abogado antes de abandonar la profesión para convertirse en productor de Hollywood, me dijo que cuando todavía ejercía le interesaba más buscar lo que en su opinión era un resultado justo que obtener lo que querían las personas que representaba. «Probablemente sea un problema si te dedicas a la abogacía, pero es lo que hacía Holmes, en realidad. Se guiaba por sus propias ideas de justicia. Tenía su propia brújula moral, muy profunda; eso funciona mucho mejor en negro sobre blanco o en la pequeña pantalla que ante un tribunal».

- ¿Es usted el medio por el que Sherlock Holmes se ve canalizado hasta el corazón y la mente de House? —le pregunté.
- Bueno: no soy Holmes; no soy House. Pero cuando las palabras salen de la boca de Hugh (Laurie) casi siempre estoy de acuerdo con ellas. Las escribo porque creo en ellas. Son mis pensamientos y mi filosofía.

En una entrevista, Shore expuso dicha filosofía, que a los fans de Holmes les resultará familiar: «A House le importa un bledo lo que los demás opinen de lo que hace, tanto si es bueno como malo. Tampoco le interesan los esfuerzos de la gente. Lo único que le importa es el resultado. Sorprendentemente, eso lo convierte, en cierto modo, en un rebelde de nuestra sociedad».



The Knick y las técnicas quirúrgicas

Leire Losa

Anunció su despedida del mundo del cine en 2013, pero lo que no avisó Steven Soderbergh, ganador del Oscar al mejor director en 2001 por Traffic, es que su particular estética la trasladaba a la televisión por cable, sumándose a la cada vez más amplia lista de realizadores cinematográficos que vierten todo su talento en un medio mucho menos intervencionista. Así lo ha hecho con este drama histórico que nos traslada de forma nada convencional a los inicios de la cirugía moderna en un hospital neoyorquino de principios del siglo xx, y de la mano de un protagonista todavía menos usual, un reputado cirujano adicto a la cocaína encarnado por Clive Owen (Closer, Hijos de los hombres). Su buena acogida ha dado visibilidad al hermano menor de la HBO, el canal de acción orientado a la audiencia masculina Cinemax.

El Manhattan Dispensary fue un hospital fundado en 1862 en Harlem, Nueva York, que sobrevivió hasta 1979. A lo largo de su historia recibió diversos nombres, siendo conocido a partir de 1913 como Knickerbocker Hospital. Es aquí donde tiene lugar la acción de la serie, en 1900, que toma como referencia narrativa principal los primeros pasos de la cirugía moderna y sus intentos de mejorarla técnicamente.

Para poder entender esta época, sería interesante hacer un pequeño repaso a la historia del desarrollo de la cirugía desde sus primeros tiempos. Ya entonces se consideraba a los cirujanos como técnicos no siempre cualificados, en contraposición a los médicos, que eran los auténticos sanadores. Sin embargo, puede decirse que ambas disciplinas siempre han estado íntimamente unidas.

Según estudios arqueológicos y antropológicos, las primeras técnicas quirúrgicas se empleaban para el tratamiento de heridas y traumatismos, realizando cauterizaciones, amputaciones y suturas rudimentarias, así como trepanaciones craneales que datan de más de 3000 años a.C., de las que queda constancia de que aproximadamente el 50% de los individuos sometidos a ellas sobrevivían.

En la medicina hindú se desarrollaron técnicas quirúrgicas tan diversas como métodos para

reparaciones de pabellones auriculares, rinoplastias rudimentarias con carácter reconstructivo e incluso intervenciones de cataratas.

En la Grecia Antigua destacó Hipócrates como paradigma de médico, a quien se le atribuye la definición de cirujano y su modo de actuación: «La cirugía trata del paciente, el cirujano, los ayudantes y los instrumentos; el tipo y la orientación de la luz; la colocación idónea del paciente y los instrumentos; la hora, el método y el lugar. El cirujano debe sentarse en un lugar bien iluminado y confortable, para él y para el paciente. Las uñas deben cortarse ralas. El cirujano debe aprender a manejar sus dedos mediante la práctica continua, siendo de especial importancia el índice y el pulgar. Han de moverse bien, con elegancia, deprisa, con agilidad, limpieza y al momento».

Galeno de Pérgamo es conocido sobre todo por haber sido médico del emperador Marco Aurelio. Sin embargo, fue considerado como un traumatólogo de fama, que reparaba lesiones de gladiadores y describió nuevas técnicas quirúrgicas, como la reconstrucción del labio leporino.

Entre los médicos árabes no caló el interés por la cirugía, salvo en Abulcasis, autor de un tratado compilatorio en el que se incluían apartados que hacían referencia a técnicas oftalmológicas, obstétricas, odontológicas, sobre reparación de

hernias y hemostáticas (destinadas a cohibir las hemorragias).

La Edad Media no fue una época especialmente bondadosa con la cirugía, dado que su concepción teocéntrica del mundo concebía la enfermedad como un castigo de Dios, pasando su curación por el arrepentimiento del enfermo, lo que dejaba al cirujano en un segundo plano frente a la voluntad de Dios. Cabe destacar, en el Londres de 1368, la creación del gremio de cirujanos en un intento de separación entre los barberos, precursores quirúrgicos de los médicos realmente especializados en cirugía como tal, aunque los primeros continuarían su labor de extracción de piezas dentales, flebotomías y pequeñas cirugías menores hasta la creación de la Académie Royale de Chirurgie en 1731 y la prohibición definitiva de este gremio para el ejercicio de la cirugía. En el segundo episodio de *The Knick*, titulado *Mr. Paris Shoes*, se hace referencia a ello cuando Thackery se dirige a Christiansen y le dice «Tú estás legitimando la cirugía. La sacas de las barberías y la llevas al futuro», en clara alusión a su pasado.

Ya en el Renacimiento destacan Vesalio como anatomista del siglo *xvi*, autor del *De humani corporis fabrica*, así como el español Miguel Servet, descubridor de la circulación pulmonar necesaria para la oxigenación de la sangre. Todos estos descubrimientos anatómicos se vieron propiciados por la posibilidad de llevar a cabo autopsias, que en tiempos medievales estaban prohibidas por la Iglesia y eran penadas con la muerte si se descubría a quien las realizara.

En la Edad Moderna se produce un auténtico *boom* de cirujanos que aportan grandes avances a la especialidad. El francés Ambroise Paré es considerado como el padre de la cirugía moderna. Se especializó en heridas de bala, diseñó prótesis para amputados y destacó en los estudios sobre siameses. En esa época, como curiosidad, se diseña un vehículo especial equipado de forma adecuada para el transporte de pacientes (la actual ambulancia, que puede identificarse desde el primer episodio de *The Knick*, *Method and Madness*, como su rudimento: un coche tirado por caballos).

Es en el siglo *xix* cuando se producen el reconocimiento y la integración de la medicina y

la cirugía, con la victoria sobre la hemorragia, la infección y el dolor, que eran los grandes obstáculos desde los inicios de esta ciencia. Se consiguió controlar con éxito la hemorragia mediante el uso de pinzas hemostáticas, que eran modificaciones de las pinzas para extracción de proyectiles de Paré. Otra gran contribución fue el estudio de la coagulación y el descubrimiento de los grupos sanguíneos, lo que permitió el inicio de las transfusiones (tal como se ve en el episodio que cierra la primera temporada de *The Knick*, *Crutchfield*). Respecto a la infección, en 1861 Semmelweis inició el principio antiséptico con el trabajo *Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal*, que más tarde sería ampliado por Lister con las pulverizaciones de ácido fénico y por Bregan con la introducción de la esterilización por vapor. Mikulicz-Radecki, en 1887, instauró el uso de gorro, mascarilla y guantes de algodón durante el acto quirúrgico, sustituidos a partir de 1890 por guantes de goma. En relación a la lucha contra el dolor, destaca la llegada de la anestesia etérea por inhalación. Más tarde aparecieron anestésicos menos tóxicos y, como hecho trascendental, la introducción de la intubación endotraqueal por Trendelenburg en 1871. ¡Muchos fueron los profesionales de esa época que desarrollaron importantes avances para la cirugía como para enumerarlos a todos sin resultar tedioso!

¿Y qué decir sobre el siglo *xx*? Se caracteriza por el importante avance de los medios diagnósticos, como la ecografía, la endoscopia, la resonancia magnética, etc., que permiten cirugías menos agresivas y, junto a las técnicas laparoscópicas mínimamente invasoras, hacen posible disminuir algunas complicaciones de la cirugía convencional y mejorar el tiempo de recuperación de los pacientes.

Personajes que se confunden con la realidad

Como auténtico protagonista y antihéroe de la serie destaca el Dr. John Thackery, Thack, convertido en jefe de la plantilla de cirugía tras el fallecimiento del Dr. Christiansen.

Thackery es un cirujano brillante a la par que arrogante y ambicioso, consumidor de opio y co-



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

caína. Le obsesiona pasar a la posteridad con algún procedimiento quirúrgico innovador que lleve su nombre para ser recordado por futuras generaciones de cirujanos por contribuir al avance de la medicina.

No cabe duda de que este personaje se basa en la figura de William Stewart Halsted (1852-1922), con quien comparte un gran parecido. Este hombre perteneció a la época gloriosa del desarrollo de la cirugía. Gracias a sus investigaciones sobre fisiología y patología aplicadas a las técnicas quirúrgicas, fue considerado como padre de la cirugía moderna, concretamente de la norteamericana. Formado tanto en los Estados Unidos como en Europa con los más insignes personajes de aquel tiempo, al regresar a su país formó parte de la plantilla de diversos hospitales, alcanzó gran fama y prestigio, e impartió clases de cirugía. Desarrolló trabajos en su laboratorio de patología, perfeccionó técnicas de sutura intestinal y trabajó con perros investigando la curación de las heridas y la cirugía tiroidea. En 1890 fue nombrado primer cirujano jefe del recién inaugurado hospital de la John Hopkins University, y en 1892 fue nombrado primer profesor de cirugía de la escuela de medicina.

Halsted utilizaba la cocaína como anestésico e incluso llegó a consumirla, hasta el punto de que tuvo que realizar una cura de desintoxicación en 1886, al igual que el Dr. Thackery.

Su ayudante en el quirófano, la señorita Hampton, padecía una dermatitis en las manos, por lo que Halsted encargó a la compañía Good Year la confección de unos guantes de goma para preservarlas. Poco después, su uso se amplió a las manos de los cirujanos y de sus ayudantes para proteger el campo quirúrgico. Veremos si en próximas temporadas el Dr. Thackery hace lo propio, ya que de momento no hay rastro de guantes ni de mascarillas quirúrgicas.

Tanto el personaje real como el de ficción fueron innovadores en diversas técnicas quirúrgicas, entre las que destaca la reparación de hernias. Además, el personaje real desarrolló una técnica para combatir el cáncer de mama, que se conoce aún en la actualidad como operación de Halsted y consiste en la amputación amplia de la glándula y los músculos pectorales, y la exé-

resis ganglionar local y axilar. También se conoce como síndrome de Halsted al edema postoperatorio del miembro superior tras la cirugía comentada. Resulta una situación simpática que en el séptimo episodio, *Get the Rope*, Thackery y Halsted se encuentren cara a cara en la antesala del quirófano y sean presentados por el Dr. Christiansen, mentor del primero.

Otro de los personajes que quizá se base en personas reales es el Dr. Algernon Edwards. Se trata de un médico de raza negra, primero de su promoción, formado en Harvard y en Europa, que entra a formar parte del Knickerbocker Hospital en calidad de asistente del cirujano jefe, promovido y apoyado por los mecenas del hospital, los Robertson. Tiene que lidiar con el racismo imperante en el hospital, tanto por parte de sus colegas como de los pacientes. Al igual que Thackery, tampoco se libra de la prepotencia profesional, máxime cuando ha de enfrentarse a diario al desprecio de sus compañeros. Podríamos decir que Edwards es el alter ego de Daniel Hale Williams (1856-1931). Debido a la discriminación racial vigente en aquella época, a los ciudadanos afroamericanos se les vetaba la admisión en los hospitales y tampoco los médicos de raza negra eran admitidos como personal sanitario. En firme oposición a este planteamiento, decidió abrir el Providence Hospital y una escuela de formación de enfermería en 1893, siendo el primer centro médico con personal interracial en Pennsylvania. También, en 1895, cofundó la National Medical Association, una organización profesional para facultativos de color como alternativa a la American Medical Association, en la que no se admitían miembros afroamericanos. Una actividad semejante lleva a cabo el Dr. Edwards al abrir su hospital clandestino en los sótanos del Knick. Otro de sus logros fue realizar la primera cirugía a corazón abierto con éxito, sin tener la posibilidad de la transfusión ni de los procedimientos quirúrgicos modernos, al suturar el pericardio (membrana que recubre el corazón) a un hombre que había recibido una puñalada en el tórax.

No resulta tan evidente que otros personajes hayan recibido influencias de insignes figuras históricas. Destacan las mujeres de la serie por

su fuerza y determinación personal: Cornelia Robertson, hija del benefactor del hospital, el Capitán Robertson, que asume la jefatura de bienestar social del Knick; la enfermera Lucy Elkins, que mantiene en secreto la relación que la une a Thackery tanto como su adicción a las drogas; y la hermana Harriet, monja católica que trabaja en el orfanato asociado al hospital, que tiene una actividad nocturna clandestina que consiste en practicar abortos, ilegales en aquella época. El resto de los personajes, sin ser prescindibles en absoluto, conforman una disposición coral que da solidez a la trama.

Premisas de la serie y subtramas

La trama principal corre de la mano del Dr. Thackery, de personalidad racista, adicto a la cocaína y entregado a su trabajo hasta la extenuación. Hace que recorramos una de las épocas doradas de la cirugía en cuanto a avances se refiere, de la mano de la enfermera Elkins, con quien establecerá una relación, y de sus compañeros los doctores Gallinger y Chickering. Estos, de espíritu innovador, admiran incondicionalmente a Thackery y lo acompañan en los diversos pasos en pro de la revolución de la cirugía.

Algunos detalles dignos de destacar a lo largo de la serie son los avances científicos que se van poniendo de manifiesto, como por ejemplo la aplicación de los rayos X con fines diagnósticos y el perfeccionamiento de los artilugios y de las técnicas quirúrgicas.

De forma paralela, la serie explora otras subtramas, como la xenofobia formulada como humillaciones de corte racista que sufre Algernon Edwards durante toda la serie y la necesidad de crear un hospital secreto para tratar a las personas de color.

La dificultad de gestionar un hospital que no es de beneficencia, puesto que hay pacientes de pago, pero que se aproxima a ello porque atiende a un sector poblacional de extracto obrero en su mayoría, hace que el gerente, Herman Barrow, tenga que ingeniárselas para salir de sus propios errores y no se le ocurre nada mejor que solicitar ayuda a la mafia, lo que le acarreará no pocos problemas.

Analizando técnicas quirúrgicas

Sífilis y rinoplastia

La sífilis es una enfermedad provocada por una bacteria denominada *Treponema pallidum* que suele transmitirse por vía sexual, como le ocurre a Abigail Alford, contagiada por su marido en el tercer episodio, *The Busy Flea*. El enfermo de sífilis puede pasar por diversas etapas. En la serie podemos identificar los estragos producidos por la sífilis terciaria benigna, que aparece entre 3 y 10 años tras el contagio y que se caracteriza por la aparición de masas inflamatorias que evolucionan hacia la muerte del tejido afecto, denominadas gomas. La pérdida de la nariz era una de las secuelas más comunes de la sífilis en el siglo XIX. Se trataba de una deformidad tan frecuente que se inventó una “prótesis” específica con motivos estéticos, como la que lleva Abigail, ya que la afectación podía llegar a la destrucción total de la pirámide nasal. Semejante estigma requería una solución cubriendo el orificio mediante rinoplastia reconstructiva.

Ya en la India (500 a.C.) se desarrolló una técnica para reparar pirámides nasales amputadas a ladrones o enemigos mediante la confección de un colgajo frontal. Más tarde, en el siglo XVI, Gasparo Tagliacozzi describió un colgajo que se tomaba de la piel del brazo (nasobraquial) y se suturaba al muñón nasal manteniendo un puente con el brazo que le daba soporte nutricional y que no se seccionaba hasta que el colgajo arraigaba. Es esta última técnica la que emplea Thackery para la reconstrucción nasal de su antigua amante. Es posible que eligiese esta técnica para evitar una cicatriz aparente en la frente de una mujer bella como Abigail. En el siglo XIX, el cirujano alemán Karl Ferdinand von Graefe recuperó esta técnica y la modificó, siendo considerado el padre de la cirugía plástica moderna.

Hernia inguinal

La reparación de los defectos de la pared abdominal ha sido un procedimiento quirúrgico que ha despertado interés desde la Antigüedad. En papiros del Egipto faraónico ya se describe la primera técnica para curar una hernia inguinal, consis-



te en la castración bilateral. Sin ser tan radical, a lo largo de los años se propuso el uso de bragueros como método conservador para evitar la cirugía de la hernia, gravada con importantes tasas de infección y de fracaso del procedimiento (recidiva). Una vez más, hemos de esperar hasta el siglo XIX para advertir avances importantes.

Edwards desarrolla un procedimiento en su clínica clandestina para la corrección de esta patología, que fue obra real del italiano Edoardo Bassini, basada en el fortalecimiento del plano posterior del canal inguinal, con bajos índices de infección y de recidiva. Un único caso de recidiva precoz con resultado de fallecimiento tiene lugar en el tercer episodio, *The Busy Flea*, por no haber evitado el paciente la realización de esfuerzos físicos, tal como le conminó el doctor. Este buen resultado es el que Edwards revela a Thackery en el sexto episodio, *Start Calling Me Dad*, cuando lo encuentra en el sótano y se inicia entonces una relación laboral debido al interés que le suscita; la técnica se comunica en una reunión de la Sociedad Quirúrgica Metropolitana en el octavo episodio, *Working Late a Lot*. Halsted (nuevamente) propone alguna modificación respecto a Bassini reconstruyendo el anillo interno, que debía quedar lo más ajustado posible, y argumenta: «...si fuéramos capaces de encontrar un material con unas características parecidas a las de la fascia o tendón, habríamos llegado al secreto de la cura radical de la hernia...». Irving L. Lichtenstein tomó esta idea y en 1986 realizó una «hernioplastia libre de tensión», en la que se implanta una malla de polipropileno en la cara anterior del músculo oblicuo menor y en el ligamento inguinal, constatando sencillez técnica, altas precoces y menor número de recidivas. En el momento actual, existe la posibilidad de reparación de las hernias por laparoscopia.

Este tipo de cirugía constituye una de las operaciones más frecuentes a las que se enfrenta un cirujano, y en todos los hospitales se practican técnicas clásicas como las de Bassini y Lichtenstein.

Apendicitis

En el cuarto episodio, *Where's The Dignity?*, se hace referencia a la dificultad de localizar el apén-

dice cecal y consecuentemente la realización de la apendicectomía o extirpación del apéndice, procedimiento al que se asegura que nadie había sobrevivido hasta el momento. A nuestros ojos puede resultar curioso este hecho, ya que la apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo quirúrgico en la actualidad y, por lo tanto, un procedimiento harto frecuente.

Hemos de remontarnos al siglo XVI para encontrar la primera descripción del apéndice cecal, realizada por Giacomo Berengaria de Carpi, y poco después la descripción de su inflamación en el transcurso de una autopsia. La primera extirpación corrió a cargo de Amyand en el siglo XVIII, quien realizó la extirpación de un apéndice inflamado localizado en el saco de una hernia inguinal (hoy en día se conoce con el epónimo de hernia de Amyand aquella que contiene en el saco una apendicitis aguda, situación no demasiado frecuente). Más tarde, a la inflamación apendicular se la conoció con el nombre de peritiflitis, y hubo que esperar a que Fitz, en 1886, siendo profesor de anatomía patológica, recomendará la extirpación apendicular en caso de inflamación al analizar los resultados post mortem de 257 pacientes aquejados de esta afección.

La primera extirpación se atribuye a Thomas Morton, pero hemos de esperar a la llegada de McBurney, en 1888, que pasará a la posteridad por ser el primer cirujano que describió las manifestaciones clínicas de tan popular patología previas a su perforación, así como el punto de máxima hipersensibilidad abdominal y la incisión que lleva su nombre, que es la que se emplea en la actualidad al realizar este procedimiento por vía abierta, contribuyendo a disminuir radicalmente la mortalidad, del 27% en torno a 1900 hasta el 0,6% en la actualidad. En el séptimo episodio, *Get the Rope*, Thackery entra en la piel de McBurney: «Dibujando una línea y dividiendo el punto medio entre la espina iliaca anterosuperior y el ombligo, paralelo a las fibras del músculo oblicuo externo, no importa el tamaño ni el sexo del paciente, siempre encontrarás el apéndice». Christensen, que le asiste en la cirugía, apunta: «El punto Thackery nunca falla», en clara alusión al denominado punto de McBurney. Si tuviéramos que ponerle un pero a nuestro altivo prota-

gonista, sería puntualizar que la localización más precisa para realizar la incisión se encontraría en la línea descrita, pero a dos tercios del ombligo y no en su punto medio.

Cocaína: entre la anestesia y la adicción

De forma paralela al desarrollo de la cirugía, desde hace miles de años el hombre ha experimentado con sustancias con una finalidad anestésica y analgésica, sin conseguir un resultado del todo óptimo, lo que hacía que la cirugía fuera un procedimiento sangriento y doloroso. Hubo que esperar hasta principios del siglo XIX para que se diera un ambiente adecuado para el progreso de la anestesia, propiciado por el desarrollo de ciencias como la fisiología, la física y la biología, así como una mayor sensibilidad por parte de los cirujanos hacia el sufrimiento de los enfermos.

Ya en 1831 se conocían tres agentes anestésicos que se emplearían mediante inhalación: el óxido nitroso, el éter y el cloroformo.

El primero en aplicar el óxido nitroso con fines anestésicos fue un dentista llamado Horace Wells, quien inhaló el gas y se extrajo una pieza dental sin sentir dolor. Sin embargo, la exhibición posterior frente a sus colegas resultó un fracaso, pues el paciente comenzó a gritar y se le tachó de farsante. Un discípulo suyo, Morton, experimentó con éter tanto en animales como con él mismo, consiguiendo con su inhalación la pérdida de consciencia. Así, en 1846 se llevó a cabo la primera cirugía sin dolor (la extirpación de una lesión de origen vascular localizada en el cuello) de forma exitosa, por el Dr. Warren, gracias al éter de Morton. Un año después, Simpson, en Inglaterra, autoexperimentó con el cloroformo con similares resultados, extendiendo su uso en Europa, mientras que en los Estados Unidos se prefería el éter, gas usado en la serie.

John Snow, de Edimburgo, fue el responsable del desarrollo de la anestesia como especialidad al administrar con éxito cloroformo a la reina Victoria para disminuir los dolores de parto de su hijo Leopoldo. Hasta entonces, era habitual que la narcosis la administrara la persona más inexperta del equipo médico. De hecho, en la serie a menudo es controlada por las enfermeras.

En 1844 se diseñó una aguja para inyectar líquidos. Una década más tarde, Wood buscó la forma de aliviar los dolores provocados por la neuralgia que padecía su esposa inyectando morfina. Sin embargo, la morfina no tuvo éxito como anestésico, aunque sí como analgésico.

La cocaína es el alcaloide extraído de las hojas de coca. Fue en 1884 cuando Keller la aplicó por primera vez de forma tópica sobre la córnea, consiguiendo su anestesia. Pronto se extendió su uso a campos como la urología y la ginecología. Halsted y Hall consiguieron una gran variedad de bloqueos tronculares mediante la inyección de cocaína. Las demostraciones prácticas se llevaron a cabo empleando pacientes e incluso autoexperimentando ellos mismos, lo cual les acarrió trágicas consecuencias debido al poder adictivo de la cocaína, provocándoles alteraciones en su conducta social y profesional.

James Leonard Corning (1855-1923) y Karl Augustus Gustav Bier (1861-1949) fueron pioneros en la anestesia raquídea mediante la cocainización medular. Este último experimentó también consigo mismo y llegó a describir la típica cefalea posraquídea debida a la pérdida de líquido cefalorraquídeo durante la punción anestésica. Este tipo de punción se realiza en el primer episodio de The Knick, cuando un paciente, el señor Gentile, previamente intervenido de perforación intestinal secundaria a un politraumatismo, presenta un *shock* séptico debido al fallo de la sutura realizada y requiere una reintervención quirúrgica. Como el paciente presenta una infección respiratoria no es aconsejable la anestesia general por inhalación, por lo que Thackery opta por la anestesia raquídea.

Llegados a este punto, resulta claro que Thackery es adicto a la cocaína, algo evidente desde el primer episodio. La cocaína es el alcaloide natural extraído de las hojas de coca, aislada por primera vez en 1859, con unos efectos estimulantes sobre el sistema nervioso central de los más potentes que se conocen, y cuyos efectos devastadores son bien conocidos en la actualidad.

En sus inicios se comercializó con gran éxito como remedio para determinadas enfermedades comunes: gripe, catarro, dolor de muelas, etc. De esta manera, el vino Mariani a base de cocaína



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

se embotelló y vendió sin problemas. Grandes defensores y consumidores de este vino fueron Edison y el Papa León XIII. Un vaso de este vino podía contener entre 35 y 70 miligramos de cocaína, lo mismo que una raya actual. También se comercializaron cigarrillos de coca para afecciones de garganta, y bebidas con cocaína y alcohol, como la conocida Coca-Cola, para los dolores de cabeza, la melancolía y la histeria (tal como se aprecia en el noveno episodio, *The Golden Lotus*, fue en 1909 cuando se sustituyó la cocaína por la cafeína en la fórmula de la Coca-Cola).

Fue tanto el furor que desencadenó la cocaína, que incluso Sigmund Freud empezó a realizar estudios sobre su uso en el tratamiento de la neurastenia, dando lugar a un ensayo conocido como *Über Coca*, en el cual se exponían sus virtudes para la cura incluso del alcoholismo y la adicción a los opiáceos. Sólo un naturalista alemán comparó la cocaína con el opio por sus efectos secundarios, pero hasta la segunda mitad del siglo xx la cocaína no fue clasificada como sustancia narcótica.

La cocaína actúa excitando la corteza cerebral y produciendo un estado de euforia, lo que incrementa la vigilia y el rendimiento físico porque disminuye la sensación de cansancio. De ahí que Thackery la emplee para evitar la fatiga durante sus largas sesiones de estudio y cirugía. Su consumo habitual no crea dependencia física, pero sí psíquica. No son frecuentes los estados de abstinencia, aunque no son imposibles.

Por todo ello, podemos concluir que la inclinación a consumir cocaína por parte de Thackery responde a tres razones: su ubicuidad en la sociedad del momento (al inicio del noveno episodio aparece en la pantalla: «En 1900, la cocaína era vendida regularmente en farmacias, sin necesidad de receta»; tal era la facilidad para conseguirla), la ausencia de conciencia de sus efectos negativos aunados al aumento del rendimiento necesario para su trabajo, y la propia autoexperimentación con la droga sobre su cuerpo.

Racismo en la institución hospitalaria

Pese a que la esclavitud fue eliminada en 1865, en los Estados Unidos se siguió practicando la

separación racial de manera no oficial, pero real, durante el siglo xix y hasta mediados del siglo xx. En ciudades como Nueva York, los ciudadanos de raza negra eran confinados a barrios concretos y no tenían acceso a viviendas en las zonas selectas. De igual manera, en el ámbito laboral las personas de color eran relegadas a puestos de menor cualificación, puesto que en la mayoría de las ocasiones no podían acceder a una preparación superior. En la serie se hace evidente que había hospitales para blancos y para negros. El Dr. Edwards entra a formar parte del Knick por mediación de la familia de benefactores, los Robertson, sin haber demostrado previamente su valía, tanto en cuanto el Dr. Thackery tampoco se lo permite. Incluir entre el personal del hospital un médico negro suponía también que muchos pacientes rechazaran ser tratados, perdiendo clientes y, por lo tanto, disminuyendo los ingresos de un hospital acuciado por las deudas. Frente a esta situación, Edwards atiende en el sótano del hospital diversos casos médicos de pacientes de color, creando un hospital clandestino donde no sólo se dedica a actividades quirúrgicas sino también a la investigación, logrando perfeccionar el aspirador quirúrgico sin necesidad de hacerlo funcionar con una manivela. Igualmente, la situación le lleva a contratar personal no cualificado, como una lavandera del hospital que ejerce las funciones de enfermera quirúrgica.

Es en el séptimo episodio, *Get the Rope*, cuando se pone de manifiesto la crueldad con que se trataba a la gente de color. Todo se desata al fallecer un paciente blanco que había sido agredido por un hombre de color tras haber tratado a su mujer como una prostituta. Arengada por la familia del fallecido, la comunidad blanca culpa a la negra de los hechos y se desata una auténtica revuelta en la ciudad.

Epidemiología y fiebre tifoidea

A lo largo de los capítulos se hace mención a una epidemia de fiebre tifoidea que afecta a parte de la población de alta posición social de Nueva York. Esta enfermedad se produce a causa de una bacteria llamada *Salmonella typhi*, cuyos

bacilos son eliminados a través de las heces de los portadores asintomáticos. Se diseminan gracias a una higiene inadecuada, llegando de esta manera hasta los suministros de agua y alimentos, tal como sucede en la serie. Los patógenos penetran en el organismo a través del tracto gastrointestinal, llegan a la sangre por los vasos linfáticos y provocan inflamación de la parte final del intestino delgado. Todo ello genera fiebre, postración y dolor abdominal que, en ocasiones, puede deberse a una perforación intestinal, como sucede a Cora Hemming en el tercer episodio, que requiere cirugía para su reparación.

Las actividades investigadoras de Jacob Speight, el inspector del Departamento de Salud, y Cornelia Robertson siguiendo las pistas epidemiológicas de la fiebre tifoidea, llegan hasta la portadora crónica asintomática: Mary Mallon, cocinera que transmite la enfermedad (pese a que ella no la padece) a través de sus helados a base de melocotón. Así, hace enfermar a las personas que los ingieren. He aquí los tres elementos, agente, huésped y medio ambiente, que forman el modelo epidemiológico vigente en la época que se adecuaba a la explicación de la génesis de las enfermedades en contraposición a la simplicidad imperante en el siglo XVIII, que explicaba la enfermedad como el efecto de un agente específico en un erróneo modelo unicausal.

Este estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas, y su aplicación al control de los problemas sanitarios, es lo que actualmente conocemos como epidemiología, que no sólo aporta una explicación causal de la enfermedad y de su distribución, sino que también hace hincapié en su prevención, entre otros objetivos más complejos.

Instrumental de diagnóstico

Rayos incógnita

El descubrimiento de este tipo de radiación por parte del alemán Roentgen, en 1895, tuvo lugar de forma casual al detectar cierta luminiscencia mientras manipulaba tubos de vacío. Intuyó que se trataba de una radiación desconocida hasta el

momento, que denominó rayos X por la incógnita que suponían, asemejándolos a una ecuación no resuelta. Antes de presentar este descubrimiento a la comunidad científica, realizó varios experimentos exponiendo diversos objetos a esta nueva radiación, entre ellos la mano de su mujer, lo que constituyó la primera radiografía humana.

Los rayos X son un tipo de radiación electromagnética ionizante cuya exposición continuada puede resultar peligrosa, aunque, como ya es conocido, tiene una amplia aplicación en medicina. Evidentemente, las radiografías supondrían una revolución en el diagnóstico médico y más tarde se desarrolló la radioterapia.

Roentgen obtuvo el Premio Nobel de Física en 1901 gracias a este descubrimiento, pero no quiso patentarlo pese a que Edison se lo propuso, alegando que lo legaba para beneficio de la humanidad.

A Edison, sin embargo, se le puede atribuir la fabricación del primer fluoroscopio disponible comercialmente, lo que se muestra en el quinto episodio, *They Capture the Heat*, en el cual se presenta el artefacto a los médicos y al gerente del hospital.

Otra novedad del inagotable Edison fue el fonógrafo de rodillo, invento sin aplicaciones médicas que muestra el capitán Robertson en una fiesta en su domicilio, grabando su propia voz y reproduciéndola posteriormente para regocijo de los asistentes en el cuarto episodio, *Where's the Dignity*.

Zinberg y el intraescopio

Tenemos que esperar hasta el octavo episodio, *Working Late a Lot*, para descubrir el intraescopio luminoso del Dr. Levi Zinberg, cuyo objetivo era tener acceso a diversas cavidades corporales con la menor invasividad posible.

Este artilugio ya era conocido en 1805 y vino de la mano de Bozzini, que lo dotó de una vela como fuente luminosa. El invento pasó sin pena ni gloria hasta que, en 1853, Desormeaux lo rescató del olvido. Treinta años después Nitze lo perfeccionó, aunque todavía era un instrumento rígido, lo que suponía no pocas molestias para los pacientes. De esta manera fue posible visua-



lizar una vejiga por vía uretral sin necesidad de practicar una cirugía abierta.

El instrumento se fue refinando poco a poco a lo largo del siglo xx hasta dar lugar al endoscopio flexible, que permitió visualizar el estómago y, como siguiente paso, la aparición del fibroscopio, dotado de fibra óptica que permite transmitir la luz pese a que el extremo se encuentre flexionado, y recibir imágenes, lo que resulta de gran utilidad para el diagnóstico, la toma de biopsias y la realización de determinados procedimientos quirúrgicos sencillos. El siguiente paso fue la miniaturización del sistema.

Conclusiones

Stanley B. Burns, cirujano oftalmológico de Nueva York, siempre se interesó por la historia y en 1975 comenzó a coleccionar fotografías antiguas de temática médica, lo que en la actualidad constituye el denominado Archivo Burns, uno de los fondos privados de imágenes antiguas más importantes de los Estados Unidos, con más de un millón de fotografías históricas. A caballo entre el espectáculo circense, por lo impactante de algunas de las imágenes, y el documento gráfico de medios diagnósticos y tratamientos de la época, nos permite ahondar en el lado oscuro de la vida del siglo xix y principios del xx, por lo que ha sido fuente de documentación en múltiples ocasiones para cineastas, artistas, editores, etc., exponiendo una época heroica de la medicina.

En *The Knick*, Soderbergh cuenta con el asesoramiento de Burns, tanto de forma personal, colaborando en los sets de rodaje, como mediante la aportación de dicha colección gráfica. Además, posee una colección que abarca todos los artículos publicados entre 1880 y 1930 de revistas tales como *Annals of Surgery* y *Archives of Surgery*, con los grandes éxitos de los cirujanos de la época, así como con sus fracasos. De esta forma, la primera vez que se rodó en el quirófano, tuvo que reordenar al personal sentado en las gradas tal y como se hacía antiguamente: en la primera fila se sentaban los viejos

doctores distinguidos y en la siguiente estaban los profesores asociados, asistentes, etc. Otro dato curioso es que Burns tuvo que enseñar a los actores cómo coger adecuadamente los diferentes instrumentos quirúrgicos, como los portaagujas, realizar distintos tipos de suturas, etc. Por otro lado, Burns cuenta con una fotografía en la que se muestra un dispositivo empleado para enfriar la cabeza de una persona, que data de aproximadamente 1890, y que consistía en una especie de capelina rodeada de un tubo de goma a modo de bobina, a través del cual se hacía circular agua fría. Gracias a ello, en el sexto episodio, *Start Calling Me Dad*, se muestra dicho dispositivo para enfriar la cabeza de la pequeña Lillian, aquejada de meningitis. Además, durante el transcurso de un robo de un artículo médico en la serie, en el segundo episodio, se ve una fotografía que pertenece a la colección de Burns.

La forma de exponer todo ello, por parte del director Steven Soderbergh, puede ser calificada de dura y descarnada al ser comparada la cirugía a algo similar a una carnicería, mediante imágenes bastante explícitas. Sin embargo, hay que tener en cuenta el momento difícil, para médicos y pacientes, en que se desarrolla la acción, cuando no se contaba con los adelantos que nos parecen tan habituales en la actualidad. Hay que ser consciente de las necesidades de experimentación para hacer evolucionar la cirugía, muchas veces en las propias carnes de los experimentadores, otras en pacientes y muchas en animales, generalmente perros. No fueron momentos fáciles y no hay que restarles mérito.

Si bien es cierto que los diferentes descubrimientos que se producen a lo largo de la serie son reales, no podemos decir que la expuesta sea la fecha real en que tuvieron lugar. Sin embargo, entendemos que se trata de un recurso por parte de los guionistas, Jack Amiel y Michael Begler, para dar mayor animación a la serie y retratar la importancia que tuvo esa época para llegar hasta el estado actual de la cirugía, de la cual gozamos ahora con bastante más seguridad que antaño.



Los Soprano y el psicoanálisis

Oriol Estrada Rangil

Para muchos es la pionera de la llamada «tercera edad de oro» de la televisión (la primera la encabezó The Twilight Zone en los años 1960; la segunda, Canción Triste de Hill Street o St. Elsewhere, entre otras, en la década de 1980). Los conflictos internos del líder de una banda mafiosa en Nueva Jersey inauguraron en 1999 una nueva etapa en la ficción televisiva, que catapultó a la cadena por cable HBO a los estándares más altos de calidad. Sus seis temporadas, que culminaron en 2007 con cinco Globos de Oro y 21 premios Emmy, sirvieron también para otorgar un merecido reconocimiento a los más de 30 años de carrera de su creador, David Chase.

Tony Soprano está nervioso, no sabe dónde sentarse cuando entra en la consulta. «Yo no debería estar aquí», lo lleva escrito en la frente. Todo empezó durante una barbacoa familiar, al caer desmayado ante sus dos familias (la de sangre y la otra). El diagnóstico: ataque de pánico. Su médico y vecino le recomendó que visitara a una psiquiatra, la Dra. Melfi, que también se dedica al psicoanálisis.

A pesar de que en los ataques de pánico los desmayos son algo de lo más extraño, tenemos que conceder a los creadores de Los Soprano que esta es probablemente una de las series de televisión que mejor ha retratado el psicoanálisis moderno. Prueba de ello es el reconocimiento de la Asociación Psicoanalítica de América, que premió a Lorraine Bracco, la actriz que encarna a la terapeuta de Tony, por haber interpretado al psicoanalista más creíble jamás aparecido en cine o televisión. Y es que hasta entonces la imagen del psicoanalista seguía siendo muy parecida a la que se podía tener a principios del siglo xx, con un Sigmund Freud fumando en pipa y una paciente (histérica) hablando sin parar tumbada en un diván. Directores como Woody Allen no se han alejado mucho de esa idea más clásica a la hora de mostrar el psicoanálisis en la gran pantalla, y por lo tanto es comprensible que esa imagen del «psicoanalista pop» estuviese

aún tan desfasada para el gran público (y a pesar del personaje, todavía lo sigue estando).

La Dra. Melfi de Los Soprano pone las cosas en su sitio y nos muestra una de las evoluciones que ha sufrido esta terapia. Mientras los psicólogos, por lo general, han ido adoptando nuevas técnicas e incluso han descartado el psicoanálisis como un método válido, a lo largo de varios años han sido muchos los psiquiatras que han querido mezclar sus tratamientos farmacológicos con el psicoanálisis, tratando al paciente de una forma bastante distinta a lo que podía hacer el padre fundador; por ejemplo, dejando el diván a un lado, mirando al paciente a los ojos e interviniendo más activamente en su discurso.

En la consulta de la Dra. Melfi encontraremos el dichoso diván, pero Tony no se tumbará en él ni empezará a hacer asociaciones de ideas mientras su terapeuta asiente de vez en cuando (o se despierta cuando el paciente le llama la atención –ese gag recurrente). De hecho, uno de los principales problemas de la psiquiatra es que el señor Soprano es un paciente difícil que no quiere hablar, de los que está pensando a cada minuto que está perdiendo el tiempo. Dificultad añadida es que, si alguien de su entorno mafioso se entera de que está viendo a un «loquero» (peor aún, una «loquera»), puede que sea el fin de su carrera como futuro capitoste de la mafia

de New Jersey. Tony es un reto, y Melfi insistirá; ella se juega su orgullo como profesional, él quizás se juega la vida.

Uno de los objetivos de cualquier terapia psicológica, y sobre todo de la psicoanalítica, es ir a la raíz del problema, así que procede hacer un poco de memoria y situarnos en la Viena de finales del siglo XIX, en concreto en la consulta del célebre neurólogo Sigmund Freud, para entender en qué se basa y qué pretende el psicoanálisis. Él mismo definía los tres aspectos que lo forman como disciplina: es un modelo teórico y explicativo sobre las emociones, es un método de investigación y, por último, una forma de terapia. Como teoría, Freud postuló que los pilares del psicoanálisis tenían mucho que ver con la sexualidad, destacando el famoso complejo de Edipo, pero también la represión, la resistencia y el inconsciente. De hecho, algunas de las mayores críticas, e incluso escisiones dentro del psicoanálisis, se deben precisamente a ese exceso de énfasis en la cuestión sexual, que más de una vez Tony Soprano sacará a colación en las consultas.

Pero hay un modelo teórico sobre la psique humana que sí tuvo un gran impacto, y que es crucial para entender las teorías freudianas, y para el caso que nos ocupa, los dilemas y problemas que torturan a Tony. Se trata de la estructura psíquica formada por el «yo», el «superyó» y el «ello», y que actúan a tres niveles distintos: el consciente, el preconscious y el inconsciente. Para explicarlo de forma más o menos sencilla, habitualmente se recurre a la metáfora del iceberg. La mayor parte se encuentra hundido en el agua, y ahí encontraríamos el inconsciente y el preconscious, aunque este último por encima del primero, y sólo una pequeña punta sobresale, que sería el consciente. Al mismo tiempo, ese iceberg se divide en tres partes con funciones distintas. Por un lado tenemos el «ello», completamente sumergido en el agua, que es nuestro lado más primitivo, innato, sin domesticar, que está ahí para procurar saciar nuestros deseos más básicos, las llamadas pulsiones: el hambre, el sexo o la agresividad. Después tenemos el «superyó», que es la parte más grande del iceberg y que, por lo tanto, se encuentra sumergida en su

mayoría, aunque asoma la cabeza por fuera. El «superyó» representa los pensamientos morales y éticos que nos llegan a través de nuestra cultura, y que se encuentra en constante lucha contra el «ello», como una especie de guardián moral. Finalmente tenemos el «yo», que vendría a ser el intermediario entre el mundo real y las exigencias del «ello» y el «superyó». Es quizás lo más parecido a la consciencia que tenemos de nosotros mismos, a nuestra cara visible. De hecho, estaría principalmente en la punta del iceberg, aunque no por completo. El «yo» es la parte que tiene que hacer equilibrios entre las pulsiones desenfrenadas del «ello» y la moralidad del «superyó», y es ahí donde van a surgir los conflictos internos que le llevarán a uno a plantarse en la consulta de un psicoanalista.

Para entenderlo algo mejor, volvamos a Tony Soprano. Podemos ver que sus problemas vienen dados precisamente por esa lucha interna entre las distintas facciones de su psique, que aunque en la realidad no se manifiesten fuera de su cabeza, aceptaremos que en la serie sí se hacen visibles para el espectador. Su lado mafioso, ese Tony sin escrúpulos, violento, asesino, promiscuo, ese personaje con el que difícilmente podemos empatizar, es la manifestación del «ello», un «ello» descontrolado al que ni el «yo» ni el «superyó» son capaces de frenar. Pero luego tenemos a ese otro Tony, el que nos cae bien, el que en algunas ocasiones realmente quiere a su mujer, que se preocupa por sus hijos y quiere protegerlos de ese mundo dominado por el «ello». Ahí es cuando vemos ese «yo» del personaje, esa historia de un hombre que cuida de los suyos y que, aparentemente, puede parecer que lleva una vida normal. Pero ahí está el «superyó» para recordarle que lo que hace para ganarse la vida no está bien. Es entonces cuando surge el conflicto interno que le provoca esos ataques de pánico. Por supuesto, tales conflictos se libran en el plano inconsciente, y esa es la parcela del psicoanálisis y las técnicas psicoanalíticas, que procuran que todo aquello que se encuentra sumergido acabe saliendo a la superficie.

En el diván de Sigmund Freud el sujeto se tumbaba sin ver al terapeuta para no sentirse observado, y empezaba a hablar sin apenas



interrupciones ni restricciones de ningún tipo. Es lo que se conoce como «asociación libre de ideas», que es la técnica principal del psicoanálisis que anima al paciente a contar cualquier cosa que le venga a la cabeza, ya sean imágenes, sensaciones, ideas, recuerdos, etc. En algunas ocasiones se le podía sugerir un tema al paciente, o se le animaba a centrarse en sus sueños, pero por lo general se intentaba no sugerir nada y que los temas surgieran de forma espontánea. Freud creía que esta era la mejor manera de llegar al «ello», al inconsciente, y cuanto más libres fuesen las asociaciones, más óptimos serían los resultados. Como decíamos, la Dra. Melfi de *Los Soprano* no es una psicoanalista al uso; de hecho, deben quedar pocos que utilicen la asociación libre de ideas en su forma más pura. Pero en su enfoque siguen quedando rastros, y veremos a menudo cómo ella interviene a raíz de un comentario de Tony para seguir tirando de ese mismo hilo, procurando seguir las asociaciones que hace sin apenas darse cuenta. Y es que de no tomar un rol más activo, probablemente no habrían pasado de la primera consulta, en la que el mafioso se preguntaba qué había pasado con los tipos al estilo Gary Cooper, fuertes y callados. Históricamente, antes de llegar a la libre asociación de ideas, los psicoanalistas utilizaban métodos bastante más complicados y que, a día de hoy, siguen teniendo una imagen poco científica. Nos referimos sobre todo a la hipnosis y al método de la catarsis, ambos descartados una vez que se empezó a utilizar la libre asociación de ideas, ya que se consideraba que los otros métodos no eran capaces de derribar las barreras del inconsciente. Sin embargo, en el concepto de catarsis está uno de los pilares teóricos y terapéuticos básicos del psicoanálisis: la idea de que para curar a un paciente hay que recordar aquel momento traumático que provocó el malestar que ha quedado reprimido y olvidado por esa persona; una idea de la cual la ficción se ha servido muchísimas veces para crear un clímax final, como por ejemplo en *Marnie, la ladrona* de Hitchcock, película en la cual el psicoanálisis está también muy presente.

Pero si hay un lugar donde nuestro inconsciente campa libremente como la mayoría de

los gánsters de New Jersey, este es el mundo onírico. Los sueños fueron uno de los recursos de que se sirvieron los guionistas de *Los Soprano* para poder entrar directamente en la mente de Tony, aunque no siempre nos dejasen claro qué significaban cada uno de los elementos que aparecían. ¿Por qué está nevando? ¿Por qué se oyen esos constantes crujidos? ¿Qué hace Junior en esa ventana? ¿Por qué mata a uno de sus trabajadores más productivos? Para esto último ni siquiera Tony tiene explicación, y así se lo pregunta a la Dra. Melfi: «¿por qué haría yo algo así?». Según Freud, los sueños representan la realización de nuestros deseos, pero no es tan sencillo. A pesar de estar dormidos, nuestro consciente sigue estando ahí, y no está dispuesto a aceptar según qué pulsiones que provienen del «ello», y entonces el inconsciente tiene que disfrazar esos deseos de alguna manera para que puedan superar esa censura, llegando así al terreno de la metáfora y el simbolismo.

La idea de que los sueños nos mandan «mensajes disfrazados» ha servido durante muchos años para vendernos los famosos libros de interpretación de los sueños, y si bien la mayoría de estos libros modernos tienen un contenido de lo más dudoso, fue el mismo Freud quien en 1900 publicó su manual titulado, de forma muy explícita, *La interpretación de los sueños*. Como ya hemos comentado, la cuestión sexual fue uno de los pilares (por no decir obsesiones) de las teorías de Freud, y parece que tenía tendencia a interpretar muchos sueños en clave erótico-festiva. Sin embargo, los creadores de *Los Soprano* tienen claro que, en la actualidad, no todo tiene que relacionarse con el sexo. En el episodio piloto, Tony explica uno de sus sueños, en el que desenrosca un tornillo y se le cae el pene. Va con el pene en la mano al mecánico para que lo vuelva a poner en su sitio, pero un pájaro se lo coge y se va. Más allá de la supuestamente evidente conexión sexual, el foco de atención se centra en ese pájaro y lo que ha llegado a simbolizar en ese capítulo. Es un momento de revelación (o podríamos decir catarsis), cuando Tony toma conciencia, entre sollozos, de que uno de sus principales problemas es el miedo a perder su familia (como perdió los patos que aparecen al principio). Así

se cierra el episodio, de una forma similar a como Freud creía que se cerraban los casos, cuando el paciente es capaz de descubrir cuál es su problema. Y de la misma manera que la psicología actual cree que descubrir el problema es simplemente el primer paso y luego hay que trabajarlo, aquí es donde empieza de verdad la serie.

En la primera temporada llega un momento en que la madre de Tony se entera de que su hijo está viendo a una psiquiatra. Su primera reacción, tremendamente egocéntrica, pero no por ello errónea, es pensar que Tony va a la psiquiatra para hablar de ella, para quejarse de su madre. Esta escena ilustra perfectamente algunos de los tópicos sobre el psicoanálisis que han llegado al gran público: cuando alguien va a un profesional de la salud mental es porque de pequeño tenía problemas con su madre. Una vez más, aunque la psicología en general ha llegado bastante más lejos de lo que hizo Freud, la influencia que ejerció en la cultura popular sigue presente y muy integrada en el imaginario colectivo. Parte de la culpa la tiene una de sus teorías más famosas, y parodiadas, aunque algo del mérito no es completamente suyo, sino de la mitología griega. El complejo de Edipo se describió por primera vez en el ya mencionado manual *La interpretación de los sueños*. Pero antes conviene repasar brevemente la teoría del propio Freud sobre el desarrollo sexual infantil, ya que consideraba que desde el nacimiento los niños buscan satisfacer su libido a través de distintas partes de su cuerpo. El proceso lo dividió en cinco fases: oral, anal, fálica, latencia y genital. Es en la fase fálica (entre los 3 y los 6 años de edad) cuando aparece el llamado «complejo de Edipo», que se define como la presencia de sentimientos de odio y amor hacia los progenitores de forma simultánea. Puede haber dos vertientes: un complejo de Edipo positivo, en el que el niño siente odio hacia el progenitor de su mismo sexo y atracción sexual hacia el opuesto, o uno negativo, que es lógicamente a la inversa. En la fase fálica es el órgano sexual masculino el que centra el interés del niño, y parece ser que, en el caso de las niñas, el clitoris equivale también a un falo. En esa fase el niño sentirá deseos sexuales hacia su madre, y de ahí ese supuesto odio hacia

su padre (la tragedia edípica), pero al identificarse con ella y al darse cuenta de que las niñas no tienen pene, la única explicación que encuentra es que han sido castradas. Es el miedo a sufrir lo mismo lo que le llevará a desechar sus deseos incestuosos e identificarse con el padre (este sería, según Freud, el camino lógico a seguir). En el caso de las niñas, renuncian a los deseos hacia su madre al creer que ella es la culpable de su castración (a través de ella se dan cuenta de que su clitoris no va a crecer como un pene), y de ahí surge la llamada «envidia de pene», que llevará de nuevo a identificarse con su madre, ya que ella tiene acceso a uno, el de su padre (en este caso se trata del complejo de Electra, que definió el antiguo colega de Freud, Carl Jung).

Y si hemos visto en televisión una tormentosa historia entre madre e hijo, pocas son capaces de superar la de Livia y su hijo Tony Soprano. Su relación no puede considerarse un claro ejemplo del complejo de Edipo, pero sin duda alguna sí hay elementos que coinciden con lo previamente expuesto. En primer lugar, los sentimientos de Tony hacia su madre son difíciles de explicar, ya que ella es una especie de ogro amargado que desde la infancia ha maltratado a su hijo (y algunas de las escenas más duras de esa infancia están basadas en la madre del creador de la serie, David Chase). Sin embargo, ya sea por esa herencia cultural italiana de la figura de la *mamma*, o porque ese enamoramiento que postulaba Freud no ha sido superado del todo, Tony sigue preocupándose por ella y poniéndola en un pedestal, y se queja de que es su mujer quien no accede a traerla a casa para vivir con ellos, que supuestamente es lo que debería hacer un buen hijo. De hecho, después de hablar de lo complicada que es su madre, irá a visitarla con un ramo de flores, y algunas de las salidas de la consulta más airadas se deben precisamente a las cuestiones relativas a su madre y su incapacidad por reconocer que, aparte de amor, también siente algo de odio hacia ella. Quienes sí parecen tener muy asumidos los sentimientos negativos hacia su madre son las hermanas de Tony, rechazo que Freud explicaría porque las hijas hacen a su madre culpable de su «castración». En este caso, el complejo no se habría superado y pasado a la



identificación con la madre, y teniendo en cuenta la falta de estabilidad mental de la hermana mayor de Tony, está claro que hay traumas no resueltos.

La figura del padre, Johnny Soprano, es también digna de análisis. La identificación con él es clarísima, y a lo largo de la serie veremos algunos *flashbacks* de esa relación que establece Tony con él, entre el miedo y la admiración. Si nos ponemos en la piel de un psicoanalista, está claro que en esta relación existe un problema importante. La superación del complejo de Edipo se considera una necesidad para el funcionamiento correcto de la psique, y supuestamente es en ese momento cuando nace el «superyó», esa fuerza moral que dice que el incesto no está bien y que hay que identificarse con el padre y fijarse en él. Como decíamos, eso es exactamente lo que hace Tony, pero el problema radica en que su padre es el origen y el símbolo de todo aquello que ahora le tortura. Su padre representa todos aquellos valores, todas aquellas actitudes que ahora mismo chocan contra el «yo» y el «superyó». A todo esto hay que sumar la figura de Corrado, el tío de Tony, que acaba erigiéndose en una figura paterna para él incluso antes de que su padre muera; en la consulta, cuando la Dra. Melfi le pregunta por aquellos recuerdos de su padre, uno de los primeros que le vienen a la mente es cuando jugaba a béisbol con su tío, no con su progenitor. ¿Y no es la suya una relación tormentosa? Intentos de asesinato, subterfugios para conseguir el poder... Un granito de arena más en el drama familiar y edípico de Tony Soprano.

Otra historia de amor interesante sucede precisamente en la consulta, desde la primera temporada, incluso diríamos que desde el episodio piloto. Nuestro protagonista da muestras de haberse fijado en esta psiquiatra-psicoanalista de herencia italiana («a mi madre le hubiese gustado que nos casáramos»). Los sueños entran en juego otra vez, sueña con Melfi en su cama, en su ducha, y finalmente intenta besarla en la consulta. Acaba por hacerle una confesión: «te amo, estoy enamorado de ti, lo siento, sueño contigo todo el tiempo». A lo que ella responde: «Sólo sientes eso porque hemos progresado, porque

soy amable, escucho, soy generosa. Porque este es mi trabajo, pero me has convertido en todo aquello que echas de menos en tu mujer, y en tu madre». Tony insiste: «haces que parezca un niño de mamá. Soy un hombre, y tú una mujer, fin de la historia. Y toda esta mierda de Freud y de que todo niño quiere hacer el amor con su madre, eso no va por ahí. Si no quieres que vuelva más, lo entiendo». Pero Melfi asegura que es todo lo contrario, que esa confesión es producto de su progreso. Más allá del comentario sobre el complejo de Edipo, e incluso más allá de las carencias afectivas femeninas que parece sentir Tony, este enamoramiento es la excusa perfecta para hablar de algunos de los fenómenos asociados a la terapia psicoanalítica, en este caso concreto, la transferencia.

La terapia psicoanalítica es de largo recorrido, pueden ser años, y por lo tanto se establece una relación particular con el terapeuta, persona junto a la cual se revivirán experiencias y sentimientos profundos e intensos. De hecho, los psicoanalistas consideran que en cualquier relación hay que depositar libido en la otra persona, aunque se apresuran a apuntar que el término «libido» no tiene que interpretarse de forma sexual. En realidad, consideran que es necesario para que la terapia avance, ya que es primordial que el paciente confíe en su terapeuta. Por su parte, el terapeuta debe mantener una postura pasiva y distante (siempre que pueda). Y es precisamente esta distancia, la poca información que tiene el paciente sobre su terapeuta, lo que facilita el proceso de transferencia. Según los psicoanalistas modernos, el paciente está depositando en su terapeuta aquellos sentimientos y vivencias que recuerda, de los que habla, y los dirige hacia ese receptáculo «vacío» que es su psicoanalista, pudiendo identificarle con su madre o su padre. El paciente no se ha enamorado del terapeuta, el paciente no necesariamente siente que su terapeuta sustituya a un padre o una madre; simplemente está ahí en un momento en que los sentimientos están a flor de piel, y por lo tanto es hacia quien el paciente puede dirigirlos. Como bien dice la Dra. Melfi, esto significa que la terapia está avanzando. Tony ha progresado respecto a la confianza que siente hacia ella, y también

empiezan a aflorar sus sentimientos, sus carencias. Pero cuidado, ya que el psicoanalista debe ser capaz de darse cuenta de esta transferencia (aunque para nuestra psiquiatra ha sido fácil), y evitar que pueda ir a más. ¿Lo conseguirá? No haremos *spoilers*.

No todo han sido alabanzas para la Dra. Melfi. Algunos terapeutas se han puesto las manos en la cabeza con algunos detalles que acaba revelando a Tony sobre su vida personal, o por perder en algunos momentos los papeles y alejarse de esa posición distante y pasiva que se le supone. Pero ha habido otros que precisamente han visto en todo ello un reflejo de la auténtica realidad del terapeuta, y por lo tanto la Dra. Melfi es mucho más creíble y plausible que si se hubiese querido mostrar a un terapeuta de manual. Los psicoanalistas no son perfectos, y el psicoanálisis tampoco. Si bien es probablemente la técnica terapéutica/visión filosófica sobre la psique humana más conocida por todo el mundo, también es de las más criticadas, y en la actualidad ni siquiera forma parte de los contenidos obligatorios o troncales en los programas académicos de las facultades de psicología de nuestro país. El psicoanálisis fue desechado por muchos psicólogos y psiquiatras hace décadas (de hecho, el mismo Freud vio que colegas como Jung renegaban de algunas de sus teorías), y uno de los motivos principales es eminentemente práctico. El psicoanálisis requiere que el paciente acuda a la consulta durante un largo periodo de su vida, incluso años, y eso se consideró que no era eficaz, y por otra parte tampoco era ético, ya que el desembolso económico para el paciente es exagerado.

No obstante, algunos responsabilizan del declive del psicoanálisis, a finales de los años 1950 y principios de los 1960, a las drogas. Y no nos referimos exclusivamente a las drogas alucinógenas que «expandieron las mentes» en otra dirección (y recordemos que Freud sentía cierto apego a la cocaína), sino a los avances en la terapia farmacológica, en la que el supuesto beneficio era casi instantáneo y no era necesario pasar meses y meses yendo a la consulta para empezar a notar una mejoría. De hecho, los avances en cuanto al origen neurológico de ciertas psicopatologías llevaron a la psiquiatría más hacia la pastilla que

al diván. En esa época también se desacreditaron muchas de las teorías de Freud, y a menudo se han cuestionado los casos de pacientes que él mismo llevó y que le condujeron a postular sus teorías. Acusaciones de haber forzado recuerdos en sus pacientes o de interpretar a su conveniencia lo que le contaban son algunas de las críticas que Freud y el psicoanálisis han sufrido casi desde el principio.

Y a pesar de todo, el avance de la ciencia, en concreto de la neurobiología, parece que puede dar parte de razón a Freud, quizás no en la interpretación y el razonamiento de algunas de sus teorías, pero sí en cuanto a algunas ideas básicas que proponía el psicoanálisis en su momento, especialmente en todo aquello referente a los procesos inconscientes. Así pues, es momento de llevar el psicoanálisis a la actualidad, a la consulta de la Dra. Melfi, a esa consulta sin diván, y descubrir la psicoterapia psicoanalítica. Algunos de los practicantes de esta nueva disciplina, aunque reconocen que el origen y buena parte del método siguen encontrándose en las teorías de Freud, consideran que el psicoanálisis actual es tan diferente del original como la física moderna lo es respecto a la física de Newton. Recordemos que en sus primeros tiempos el paciente no tenía contacto visual con el terapeuta, y este apenas intervenía en su discurso, solo en momentos determinados para dirigir un poco al paciente. Además, a partir de ese momento, el psicoanalista era la autoridad máxima: lo que era importante o no lo decidía él y no el paciente. En el enfoque actual se considera que el trabajo terapéutico es conjunto, es un proceso que se hace escuchándose el uno al otro, tanto lo que tiene que decir el paciente como el terapeuta. La realidad subjetiva del paciente es ahora relevante, y por lo tanto se trabaja más basándose en cómo ve el mundo, y no en cómo cree el psicoanalista que deberían ser las cosas (por eso Melfi está constantemente preguntando a Tony qué significan sus sueños para él, o sus sentimientos). La psicoterapia psicoanalítica sigue buscando aquellos procesos inconscientes que afectan la vida del paciente sin que este se dé cuenta, pero ya no es algo relacionado exclusivamente con la neurosis o las fobias, sino que puede lidiar con los pro-



blemas mentales de nuestro tiempo (ansiedad, depresión, trastornos alimentarios...). Es un trabajo quizás menos profundo, y que por lo tanto requiere menos sesiones, para problemas tal vez más concretos, aunque el diván sigue estando ahí y, si el paciente lo requiere, se puede intentar ahondar más en su psique.

Se considera que Los Soprano es una de las mejores series de televisión de nuestro tiempo, una de las pioneras que quiso llevar el formato más allá del puro producto de consumo o para rellenar parrillas televisivas. Fue una serie cuidada hasta el más mínimo detalle, con pretensiones artísticas. El esmero que puso su creador en hacer algo especial se dejó notar también en su forma de enfocar la terapia psicológica de su protago-

nista, y de ahí su reconocimiento por parte de los profesionales del psicoanálisis. Realmente podemos decir que los guionistas pusieron mucho de su parte, ya que cuatro de los cinco guionistas principales habían acudido a la consulta de un psicoanalista. Eran muchos los espectadores de la serie que simplemente se interesaron por las historias sobre mafiosos, y quizás no llegaron a entender que la historia principal que querían contar sus creadores era la de Tony Soprano, su familia y su terapia. Y de hecho, cuando uno se enfrenta a la serie desde un punto de vista más psicológico, descubre muchas cosas que quizás le pasaron desapercibidas entre palizas y asesinatos. Al fin y al cabo, la parte del iceberg que llegamos a ver es la más pequeña.



The Big Bang Theory y el síndrome de Asperger

Ramon Cererols

Es todo un fenómeno de masas. Desde su estreno en 2007, esta comedia de la CBS no ha dejado de ganar adeptos y se ha alzado al primer puesto de las ficciones más vistas en los Estados Unidos, con cerca de 20 millones de espectadores en su octava temporada. Esta sitcom protagonizada por dos físicos del Instituto Tecnológico de California, en la que se hace referencia constante a principios y teorías físicas de lo más complejas, se ha ganado a pulso el éxito, gracias en buena parte a su protagonista. Sheldon Cooper, que reúne muchas de las características asociadas al síndrome de Asperger, le ha valido al actor Jim Parsons nada más y nada menos que cuatro premios Emmy.

En el camino del avance científico no es extraño encontrar casos en los que dos o más investigadores realizan un mismo descubrimiento de forma independiente y casi simultánea, en ocasiones sin que ninguno de ellos tenga conocimiento de los trabajos de los otros. Entre los casos más conocidos destacan el de Charles Darwin y Alfred Russel Wallace (evolución biológica por selección natural), el de Isaac Newton y Gottfried Wilhelm Leibniz (cálculo infinitesimal), o el de Elisha Gray y Alexander Graham Bell (teléfono). Este hecho evidencia que cualquier salto importante en el progreso de la ciencia se debe no sólo a una mente lúcida y una gran dedicación, sino también a los pasos previos de muchas otras personas que crean un entorno cultural propicio para el desarrollo de nuevas ideas. Y es que incluso una figura tan destacada como el propio Newton reconoció, citando al filósofo francés del siglo XII Bernardo de Chartres, que «si he logrado ver más lejos, ha sido porque he subido a hombros de gigantes».

Uno de estos avances paralelos se produjo en la primera mitad de la década de 1940 y sus protagonistas fueron el psiquiatra Leo Kan-

ner y el pediatra Hans Asperger. Aunque ambos compartieron su origen en lo que era entonces el Imperio Austrohúngaro (puesto que Asperger nació el año 1906 en Viena y Kanner en 1894 en Klekotow, ahora Klekotiv, un pueblo que posteriormente perteneció a Polonia y actualmente es de Ucrania), sus vidas les llevaron a destinos muy alejados uno de otro. A los 30 años de edad, Kanner emigró a los Estados Unidos y pocos años después le fue encargada la creación del primer servicio de psiquiatría infantil del mundo en el Hospital Johns Hopkins, de Baltimore. Entre los muchos niños¹ que atendió allí le llamaron la atención unos que presentaban unas características comunes que diferían de cualquier otro trastorno identificado hasta aquel momento, y que habían sido considerados débiles mentales o esquizofrénicos. Todos ellos presentaban incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas, una preferencia por los objetos, un lenguaje sin propósito comunicativo, una excelente memoria mecánica, una actuación monótona y repetitiva, un rechazo a las intrusiones exteriores o los ruidos fuertes o súbitos, y miedo al cambio.

¹ En esta y futuras ocasiones debe entenderse que se trata de un masculino genérico, referido a niños y niñas. Sin embargo, el síndrome de Asperger es unas cinco veces más frecuente en varones que en hembras.

Kanner decidió dar a este síndrome el nombre de «autismo infantil precoz» (*early infantile autism*) porque su característica fundamental —patognomónica— es el aislamiento del niño en su propio mundo interior. El término «autismo» lo tomó del psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quien lo había creado en 1911 para definir el comportamiento retraído, encerrado en sí mismo, de los adultos esquizofrénicos. En 1943, Kanner presentó sus conclusiones, junto con la descripción detallada de 11 de los casos estudiados, en el artículo *Autistic disturbances of affective contact* (Trastornos autistas del contacto afectivo), que se ha convertido en un clásico de la psicología clínica.

Mientras Kanner trataba y estudiaba a sus pacientes en los Estados Unidos, Asperger hacía lo mismo en su Viena natal, en cuya universidad se doctoró en medicina y se especializó en pediatría. En 1932 pasó a encargarse de la sección de educación especial en la clínica infantil universitaria, por cuya consulta pasaron centenares de niños. Durante la Segunda Guerra Mundial fue oficial médico y creó una escuela que resultó destruida en un bombardeo, en el que se perdieron gran parte de sus trabajos anteriores. En 1944 obtuvo la cátedra de pediatría de la universidad de Viena, y 2 años después fue también nombrado director del hospital infantil de la misma universidad, puestos ambos que ocuparía hasta 1977.

Para su tesis de habilitación a la cátedra, Asperger se centró en un síndrome que había observado en su consulta en la clínica y que le había llamado poderosamente la atención. A los niños que lo mostraban los describía como «los pequeños profesores», ya que eran grandes conocedores de un tema en particular, del cual podían estar hablando durante largo tiempo. A pesar de ello, su continua y exclusiva concentración en el objeto que les atraía, y su desinterés por el contacto con las otras personas, les dificultaba su integración en la sociedad y en el sistema educativo estándar. Aun así, Asperger consideraba que «en algunos casos, estos problemas se ven compensados por un elevado nivel de pensamiento original y experiencia, que a menudo pueden llevarles a conseguir éxitos excepcionales en

la edad adulta», y se mostraba «convencido de que las personas autistas tienen su lugar en el organismo de la comunidad social».

Asperger presentó su trabajo en el artículo *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter* (Psicopatía autística en la infancia), publicado en Suiza en 1944, un año después del artículo de Kanner. Resulta curiosa la coincidencia en la denominación de autismo («autismo infantil» en el caso de Kanner y «psicopatía autista» en el de Asperger), dado que hasta donde sabemos ninguno de ellos conocía los estudios del otro. También las características descritas eran semejantes, si bien Asperger destacaba los aspectos positivos que presentaban aquellos niños, a los que protegió del programa Aktion T4, que pretendía la eliminación de la *Lebensunwertes Leben* («vida indigna de ser vivida», según el término utilizado en la retórica nazi).

Debido precisamente a las circunstancias geopolíticas de la época, los artículos de Kanner y Asperger tuvieron una suerte dispar. Mientras que el primero tuvo una rápida difusión, el de Asperger no fue conocido más allá de algunos reducidos ámbitos de lengua alemana. Así, la denominación de «síndrome de Asperger» no aparece en inglés hasta 1970, con la traducción de un libro de Gerhard Bosch original de 1962 (*Infantile autism: a clinical and phenomenological-anthropological investigation taking language as the guide*). Pero el auténtico reconocimiento internacional llegaría en 1981, gracias a la psiquiatra británica Lorna Wing.

A raíz del nacimiento en 1956 de su hija Susie, que tenía autismo, Wing se centró en el estudio de este trastorno y en 1962 fundó la National Society for Autistic Children. Su marido, John Wing, también psiquiatra, descubrió un estudio de Hans Asperger de 1946 y lo tradujo para su mujer, quien se interesó por el síndrome, considerándolo una subcategoría del autismo. Fruto de su investigación, en 1981 publicó el artículo *Asperger syndrome: a clinical account*, que en palabras de la propia Wing «abrió la caja de Pandora» hasta el punto de que en las dos décadas siguientes se publicaron unos 900 artículos sobre ese trastorno que hasta entonces era prácticamente desconocido.



¿Dos trastornos distintos?

En el mencionado artículo de Wing, esta autora ya destacaba las características comunes de los trastornos descritos por Kanner y Asperger, hasta el punto de afirmar que cabía preguntarse «si son variedades de una misma anomalía subyacente o, por el contrario, afecciones separadas». Diez años más tarde, en 1991, Wing toma claro partido por la primera opción y propone la existencia de un continuo desde el autismo de Kanner hasta el síndrome de Asperger, como prueban los casos clínicos en los que «un mismo individuo fue típicamente autista en sus primeros años, pero progresó y al llegar a la adolescencia mostró todas las características del síndrome de Asperger»².

Actualmente se considera que este continuo —o espectro— es todavía más amplio, abarcando en un extremo los casos más intensos de autismo, en la zona media el Asperger y desde aquí una evolución gradual a la normalidad —o mejor llamada neurotipicidad—, en la que se encontrarían personas con ciertas características del espectro en un grado lo bastante leve como para ser consideradas simples facetas de su personalidad. En este sentido, Wing considera que los rasgos autistas están presentes en una magnitud mayor o menor en todas las personas.

El reconocimiento oficial

Los criterios estándar para el diagnóstico de los trastornos mentales se establecen y actualizan en dos publicaciones: el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicado por la American Psychiatric Association, actualmente en su versión DSM-5 del año 2013) y la ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, mantenida por la Organización Mundial de la Salud, cuya última actualización, la ICD-10, es de 1992). Ambas suelen corresponderse en sus líneas generales, aunque con ciertas diferencias. Así, por

ejemplo, el trastorno de Asperger definido en el DSM-IV recibe el nombre de síndrome de Asperger en la ICD-10.

El autismo —o como era llamado entonces, el «autismo infantil»— no fue considerado como una categoría específica hasta el año 1978, con la ICD-9, y el año 1980, con el DSM-III (35 y 37 años después, respectivamente, del artículo original de Kanner). Hasta aquel momento era considerado un subgrupo de la esquizofrenia. Catorce años más tarde, las nuevas versiones de ambas clasificaciones dividieron el autismo en distintas categorías (ocho en la ICD-10 de 1992 y cinco en el DSM-IV de 1994), una de las cuales era el síndrome (según la ICD) o trastorno (según el DSM) de Asperger, que de este modo adquiriría por primera vez un reconocimiento oficial, aproximadamente medio siglo después de la publicación del artículo original de Asperger. Este estatus se ha mantenido durante dos décadas, hasta que en mayo de 2013, y tras una intensa polémica, una nueva versión del DSM (DSM-5) consolida el grupo del autismo en una única categoría, el trastorno del espectro autista, con tres niveles de gravedad en función del soporte requerido. Con esta decisión, el Asperger deja de tener identidad propia en el DSM, quedando subsumido dentro del trastorno del espectro autista según el nivel correspondiente a cada caso. Ahora falta ver qué sucederá con la ICD-11, cuya publicación no está prevista hasta el año 2017.

Los criterios diagnósticos que figuran en el DSM-5 son cinco: A) déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social; B) patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades; C) los síntomas deben estar presentes en el periodo de desarrollo infantil; D) los síntomas causan deficiencias clínicamente significativas en el área social y ocupacional, u otras importantes para el funcionamiento actual; y E) estas alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o un retraso en el desarrollo global. Sin embargo, en

² *The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism*, en el libro *Autism and Asperger syndrome*, editado por Uta Frith. En el mismo libro se incluye la primera traducción al inglés del artículo original de Asperger de 1944, realizada por Uta Frith.

la práctica totalidad de los casos estos síntomas van acompañados de otras variadas manifestaciones que parecen indicar que el trastorno del espectro autista no está confinado a un módulo cognitivo, sino que es algo que se encuentra en la arquitectura general del cerebro.

Dada la amplia utilización del DSM para el diagnóstico psiquiátrico, el nuevo criterio del DSM-5 significa que las personas hasta entonces diagnosticadas con trastorno de Asperger pasan a serlo ahora con determinado nivel del trastorno del espectro autista, o en algunos casos pierden todo diagnóstico. Algunas asociaciones, familiares y afectados son contrarios a este cambio, tanto por la pérdida de especificidad que conlleva y el temor a que ello signifique una disminución de las ayudas percibidas, como por las connotaciones negativas que tiene el término «autismo» y la pérdida de una cierta aura que ha rodeado al Asperger.

El conocimiento cada vez más amplio del espectro autista, y las mejoras en el diagnóstico, han hecho que el número de personas diagnosticadas se haya incrementado progresivamente en las últimas décadas. Mientras que en 1974 se estimaba una prevalencia de 1 por cada 2500 (0,04%), el informe más reciente de los Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos eleva esta cantidad a 1 por cada 68 (1,5%), unas 37 veces superior.³

El Asperger en la sociedad

Históricamente, los trastornos mentales han llevado asociado un estigma social que en los últimos tiempos va disminuyendo, aunque con gran lentitud. El Premio Nobel de Economía 2002, Vernon L. Smith, una persona con Asperger, lo expresa así: «Hemos abandonado muchas de las barreras que tienen que ver con el color de la piel y diversas otras características,

pero todavía no hay suficiente reconocimiento de las diversidades mentales. Y no es necesario que todos pensemos lo mismo para trabajar en común y vivir en un mundo productivo y satisfactorio».⁴

La visión tradicional de los trastornos mentales es que estos forman parte integral de la persona, un *totum revolutum* que la inhabilitaría completamente; sin embargo, en la mayoría de los casos esto no es así. Muchas grandes figuras de la historia, el arte o la ciencia, lo han sido a pesar de —y en ocasiones gracias a— sus problemas en alguna de las dimensiones de su mente. El trastorno del espectro autista es uno de los que con más frecuencia presenta disparidades importantes entre unos y otros aspectos de las capacidades mentales del individuo. Así, por ejemplo, puede darse el caso de que este sea incapaz de captar el doble sentido de una expresión, y en cambio pueda elaborar complejas teorías científicas. O que no pueda recordar la cara de una persona, pero sí miles de cifras del número pi. En general, las personas con Asperger se desenvuelven mejor en actividades lógicas y metódicas, y tienen dificultades con las ambigüedades de la vida social (interpretación de las ironías y dobles sentidos, intuición de las reglas sociales implícitas, no expresadas). O, como lo resume un padre de un niño con Asperger: «nuestro hijo aprende las habilidades sociales con la misma dificultad que la mayoría de las personas aprenden matemáticas, y aprende matemáticas con la facilidad con que la mayoría de las personas aprenden habilidades sociales».⁵

El reconocimiento progresivo de la compartimentalización de las capacidades mentales, que se ha manifestado por ejemplo en el interés por las «inteligencias múltiples» propuestas por Howard Gardner en 1983, ha generado en la sociedad la curiosidad por el fenómeno del *savantismo*, personas que combinan déficits en diver-

³ *Community Report on Autism 2014*, disponible en: http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm_report_autism_2014.pdf

⁴ Entrevista en la cadena de noticias CNBC, en febrero de 2005, disponible en: <http://www.nbcnews.com/id/7030731/ns/business/t/mild-autismhas-selective-advantages/>

⁵ De un artículo de Brian G. R. Hughes en el blog de la Asociación de Alumnos del Massachusetts Institute of Technology, disponible en: <https://alum.mit.edu/news/WhatMatters/Archive/200308>



sas áreas cognitivas con una capacidad muy por encima de la normal en un campo específico. Esta curiosidad fue aprovechada y potenciada por la literatura y la cinematografía, que destacaron los aspectos extremos de sus personajes para dotarlos de un mayor atractivo cinematográfico, a costa de su alejamiento de la realidad más frecuente.

El primer hito destacado llegó en el año 1988 con el estreno de la película *Rain Man*, ganadora de cuatro premios Óscar, en la que Dustin Hoffman interpreta a un autista *savant*. El personaje está inspirado parcialmente en Kim Peek, una persona con una memoria excepcional, que podía recordar el contenido de unos 8000 libros y una cantidad ingente de datos sobre los temas más diversos (desde que tenía 1 año y medio recordaba todos los libros que le habían leído sus padres, y más adelante era capaz de leer y memorizar cada página en unos 10 segundos). En realidad Peek no era autista, sino que nació con diversos defectos cerebrales, principalmente una ausencia del cuerpo calloso (el haz de fibras nerviosas que conecta entre sí ambos hemisferios cerebrales).

En el año 2001, otra película también ganadora de cuatro premios Óscar, *A Beautiful Mind* (aquí titulada *Una mente maravillosa*), basada en el libro homónimo de 1998, narra la lucha contra la esquizofrenia paranoide del matemático John F. Nash Jr., Premio Nobel de Economía en 1994 por su trabajo sobre la teoría de los juegos no cooperativos. En su vida real, Nash fue internado durante diversos periodos —de entre 5 y 8 meses de duración cada uno— en clínicas psiquiátricas. Aun así, en el tiempo entre internamientos consiguió desarrollar importantes investigaciones. De manera gradual Nash fue aprendiendo a rechazar intelectualmente sus delirios, hasta conseguir un nivel que él mismo consideró aceptable hacia los 55 años de edad. Sin embargo, lamentaba que esta recuperación de la normalidad le hacía perder una parte de lo que era. Así, en su autobiografía para la Fundación Nobel, escribió: «Actualmente parece que

vuelvo a pensar racionalmente en el estilo característico de los científicos. Sin embargo, ello no es un motivo de alegría completa, como lo es cuando alguien recupera la salud después de una dolencia física. Hay que tener en cuenta que la racionalidad del pensamiento impone a la persona un límite en la concepción de su relación con el cosmos. Por ejemplo, un no zoroastrista podría pensar que Zoroastro no fue más que un loco que impulsó a millones de ingenuos seguidores a adoptar un culto de adoración ritual al fuego. Pero sin esta “locura” Zoroastro habría sido solamente otro de los millones o miles de millones de individuos humanos que han vivido y han sido olvidados».

En la sociedad actual, la repercusión mediática del cine es muy superior a la de la literatura. Por ello es digno de destacar el relativo éxito de la novela *El curioso incidente del perro a medianoche*, de Mark Haddon, publicada en el año 2003. El protagonista es Christopher Boone, un joven de 15 años que investiga la muerte del perro de su vecino. Boone tiene grandes conocimientos matemáticos, pero también dificultades de relación social. Aunque en la contraportada de las primeras ediciones del libro se concretaba que padecía síndrome de Asperger, el propio autor lamentó este hecho y confesó que conoce muy poco sobre el tema. Su intención no era, dice, hacer un libro sobre Asperger, sino «una novela sobre la diferencia, sobre ser un marginado, sobre ver el mundo de un modo sorprendente y revelador».⁶ Entre los colectivos relacionados con el trastorno, el libro ha recibido críticas muy variadas, desde los que lo consideran una descripción muy adecuada del Asperger hasta los que creen que ofrece una imagen falsa y estereotipada. Es a partir de entonces cuando empiezan a aparecer, tanto en la cinematografía como en la literatura, obras que ya presentan protagonistas específicamente identificados con Asperger. Así, en el cine tenemos películas como *Mozart And The Whale* (2005), *Adam* (2009), *Mary and Max* (2009) o *My Name is Khan* (2010), y en literatura el éxito del *curioso incidente* quedó empujando

⁶ Según publicó en su página web en julio de 2009: <http://www.markhaddon.com/aspergers-and-autism>

ñecido frente al de la trilogía *Millenium*⁷ de Stieg Larsson, que ha vendido más de 70 millones de libros y también ha sido llevada al cine. Su coprotagonista, Lisbeth Salander, es una gran experta en informática con memoria eidética y dificultades sociales, unas características que el otro protagonista, el periodista Mikael Blomkvist, asocia al Asperger.

Y entraron las series

Durante el último cuarto de siglo, las series de televisión han pasado de ser un producto menor (un cine de segunda) a superar a las películas en el interés que provocan en el público. Evidentemente, para este cambio ha sido decisiva la creciente incorporación al mundo de la televisión de directores, guionistas y actores de calidad, pero también se debe a que las características de este medio se adaptan mejor al dinamismo y la conectividad de la sociedad actual. Si a ello añadimos que el avance de la cultura seriéfila coincide en el tiempo con el reconocimiento y la difusión pública del síndrome de Asperger, tendremos el terreno abonado para la aparición cada vez mayor de series con personajes de características más o menos compatibles con el trastorno, o que adoptan ciertos rasgos de este.

En la vida real hay muchos casos de personas a las que es difícil diagnosticar con seguridad, pues la frontera entre un trastorno leve y un carácter singular es muy difusa. Tal diagnóstico resulta mucho más difícil —generalmente imposible— en la ficción, a excepción de aquellas pocas producciones en las que este punto está explícitamente indicado en el guión. Por ello resulta imposible hacer una lista exhaustiva de series con personajes Asperger. Los que presento en la Tabla 1 son los personajes de series recientes que mejor encajan en todo o en parte con la definición del trastorno.

El tratamiento que se da al tema del Asperger en cada una de ellas es muy distinto, y en realidad en muchas tal enfoque ni siquiera se plantea,

Tabla 1. Series recientes con personajes cuyas características están relacionadas con el síndrome de Asperger.

Serie	Personaje
Alphas	Gary Bell
Bones	Bones
Boston Legal	Jerry Espenson
Bron/Broen	Saga Noren
Community	Abed Nadir
Criminal Minds	Spencer Reid
CSI	Gil Grissom
Eureka	Kevin Blake
Fringe	Astrid (alternativa)
Glee	Sugar Motta
Grey's Anatomy	Virginia Dixon
Hannibal	Will Graham
House	Adam
House	Dr. Gregory House
Law and Order: Criminal Intent	Wally Stevens
Mr. Robot	Elliot Anderson
Orange Is the New Black	Crazy Eyes
Parenthood	Max Braverman
ReGenesis	Bob Melnikov
Rose Red	Annie Wheaton
Sherlock	Sherlock Holmes
Skins	"JJ" Jones
Temple Grandin	Temple Grandin

ya que lo único que se pretende no es presentar un personaje que se ajuste a cierto diagnóstico, sino uno que resulte interesante, o gracioso, o que provoque algún tipo de empatía o curiosidad en el espectador. Actualmente, el personaje de mayor popularidad y éxito de audiencia con ca-

⁷ *Los hombres que no amaban a las mujeres* (*Män som hatar kvinnor*, 2005), *La chica que soñaba con una cerilla y un bidón de gasolina* (*Flickan som lekte med elden*, 2006), y *La reina en el palacio de las corrientes de aire* (*Luftslottet som sprängdes*, 2007).



racterísticas del síndrome de Asperger es Sheldon Cooper, el físico teórico de la serie *The Big Bang Theory*. En lo que sigue, realizaré un análisis de este personaje junto a una muestra de los distintos enfoques adoptados en otras series de éxito a partir de varios personajes con los que comparar a Sheldon.

Sheldon Cooper y el Asperger

The Big Bang Theory es una comedia de situación que enfrenta las visiones opuestas de un grupo de amigos (Sheldon y Leonard, físicos; Howard, ingeniero espacial; y Raj, astrofísico) y sus parejas (Penny, camarera y más tarde agente comercial; Amy, neurocientífica; y Bernadette, microbióloga). La serie empezó a emitirse en 2007 y en el momento de escribir este texto (febrero de 2015) se encuentra en la octava temporada, tras más de 170 episodios. Su figura central es Sheldon Cooper, un físico teórico del California Institute of Technology, con dos doctorados (el primero obtenido a los 16 años) y un máster, con un coeficiente intelectual de 187, y que a los 5 años de edad ya escribía artículos científicos en su cuaderno de notas. Tan gran intelecto científico contrasta con muchas otras características que popularmente se asocian al síndrome de Asperger.

Sheldon realiza cada una de sus acciones siempre de la misma manera, que suele ser peculiar. Por ejemplo, siempre que llama a la puerta de Penny lo hace con la secuencia: tres golpes, «¡Penny!», tres golpes, «¡Penny!», tres golpes, «¡Penny!».

Sheldon no soporta los cambios, ni que alguien contravenga sus rutinas. Sigue rigurosamente cada semana el mismo programa de comidas y actividades (según él, «el cambio nunca es bueno»). Se sienta siempre en el mismo lugar en el sofá (no es que sea su lugar favorito, simplemente es su lugar). Cuando en el primer episodio Penny se sienta en el sitio de Sheldon, este le reclama: «Penny, ahí es donde me siento yo». Penny le dice: «Pues siéntate a mi lado». «No, este es mi sitio». «¿Y qué diferencia hay?» Sheldon lo tiene claro: «¿Que qué diferencia hay? En invierno, este asiento está suficientemente cerca del radia-

dor para poder mantenerse calentito, pero no tan cerca como para sudar. Y en verano, está justo por donde pasa una brisa creada por esas dos ventanas. Además, desde aquí se ve la televisión en un ángulo que no es ni directo, que dificultaría la conversación, ni muy abierto, que produciría una distorsión de paralaje. Podría continuar, pero creo que ya he justificado mis razones».

Sheldon interpreta literalmente lo que se le dice, sin captar el sentido subyacente en las palabras de su interlocutor. Así, cuando de madrugada llama a la puerta de Penny y esta, molesta, le lanza: «¿Pero tú sabes qué hora es?», Sheldon le responde con toda naturalidad: «Claro que lo sé. Mi reloj está sincronizado con el reloj atómico de Boulder, en Colorado. Tiene una precisión de una décima de segundo».

Sheldon no entiende las reglas implícitas que mueven las relaciones sociales e intenta estudiarlas mediante una lógica racional. En el episodio *The Friendship Algorithm*, el decimotercero de la segunda temporada, desea conseguir la amistad de un colega y acude a una librería en busca de un libro que enseñe cómo hacer amigos. El único que encuentra es para niños, sobre una cacatúa acabada de llegar al zoo. A partir de la información obtenida, Sheldon dibuja el diagrama de flujo de un «algoritmo de amistad», un algoritmo detallado, lógico, completo y totalmente inservible en la vida real, ya que, como el mismo Sheldon reconoce, «hay partes de la experiencia humana que se me escapan».

La sinceridad es considerada un valor apreciado en la sociedad. Enseñamos a nuestros hijos que deben decir siempre la verdad. Sin embargo, los niños pronto aprenden de manera intuitiva que ello no siempre es conveniente. ¿Todos los niños? No. Sheldon no. Él es sincero, rudamente y brutalmente sincero. Cuando Leonard, preocupado por su relación con Penny, le comenta: «Penny cree que soy demasiado listo para ella. ¡Qué ridiculez!», Sheldon no tiene problema en responderle: «Tienes razón. La mayoría de tu trabajo no tiene ningún valor». O cuando Leonard teme que «las chicas como Penny no acaban con chicos que construyen máquinas del tiempo», Sheldon discrepa: «No estoy de acuerdo. Tu falta de atractivo es anterior a tu trabajo

en la máquina del tiempo, así que tu fracaso con Penny se debe a otros motivos». Y es que para Sheldon está claro: «¿Por qué debería disculparme? No dije nada que no fuese verdad».

Sheldon necesita tener todo reglado, estipulado. Tiene un contrato de convivencia con su compañero de piso que incluye todo tipo de detalles, y cuando inicia una relación con Amy establece un acuerdo de relación que determina cosas como la frecuencia y el tipo de las citas, o el grado de contacto físico.

Sheldon es probablemente el personaje más popular de entre aquellos a los que se atribuyen características propias del Asperger. Sin embargo, el punto de vista que adopta *The Big Bang Theory* sobre este tema tiene motivaciones puramente humorísticas. En realidad, el cocreador de la serie Bill Prady afirma que la personalidad de Sheldon no está basada en este trastorno (que no era todavía tan popular cuando se ideó el personaje), sino en los programadores informáticos con los que Prady había trabajado anteriormente. Es más, cree que es mejor no asignarle la etiqueta de Asperger porque, por un lado, ello limitaría las posibilidades creativas de la serie, y por otro cabría el riesgo de que las mofas de los otros personajes hacia Sheldon pudieran ser interpretadas como burlas hacia una persona con el trastorno. Sin embargo, voluntariamente o no, Sheldon es una caricatura del Asperger.

¿Fue una casualidad que los programadores en los que se inspiró Prady para definir a Sheldon tuvieran una personalidad tan parecida a la del Asperger? ¿O, por el contrario, existe alguna relación entre la informática y dicho síndrome? Antes de responder a esta pregunta, veamos una serie, precedente de *The Big Bang Theory*, que precisamente tiene como protagonista a un informático al que también suele atribuírsele síndrome de Asperger (aunque en la serie nunca se afirma explícitamente este hecho). Se trata de *The IT Crowd* (Los informáticos), una serie británica de cuatro temporadas (con un total de 24 episodios),

emitida entre 2006 y 2010 (más un episodio final en 2013), que sigue las peripecias del departamento de informática de una empresa. Como en el caso de *The Big Bang Theory*, se trata de una comedia de situación que juega con el contraste entre dos tipos de personajes muy distintos, que son, por un lado, los dos técnicos de soporte (Roy y Moss) y por otro la responsable del departamento (Jen), que no tiene ni idea de ordenadores.

Decir que Moss es inteligente sería cierto sólo en parte. Moss posee una gran inteligencia lógico-matemática que le hace adecuado para un trabajo informático, pero su inteligencia interpersonal es prácticamente nula. Puede comunicarse perfectamente con el ordenador, pero no con las personas que le rodean. Dentro del departamento, el trabajo que le resultaría más idóneo sería el de programador, en lugar de encargarse del servicio de asistencia técnica a los usuarios. Le falta también sentido común y la capacidad de improvisar respuestas adecuadas frente a cualquier situación imprevista. En un célebre *sketch*, se prende fuego en su despacho. Tras unos instantes de vacilación, Moss va a buscar el extintor, lo coloca cuidadosamente en la mesa y empieza a leer las instrucciones de uso: «Colóquese en posición vertical». Moss interpreta que es él quien debe ponerse de pie, y al hacerlo, el extintor queda por debajo de su campo de visión. «¡Oh, no! Ahora no puedo leerlo». Ante esta dificultad, opta por recurrir a lo que conoce y escribe un correo electrónico al servicio de emergencia.

Moss, como Sheldon, es un personaje cuyo comportamiento ha sido adaptado a las convenciones de la ficción. Aun así, comparten con los «pequeños profesores» del Dr. Asperger, y con los 107 millones de personas que están dentro del espectro autista⁸, cierta manera de ser y de interactuar con el mundo que les rodea, que se manifiesta en características muy diversas. Precisamente, una dificultad en el estudio del autismo es la de hallar el núcleo del trastorno, aquello que constituye su esencia y su razón. ¿En qué con-

⁸ La cantidad resulta del dato de la población mundial actual, unos 7250 millones de personas, y del informe antes citado que detecta una prevalencia del autismo del 1,47%.



siste realmente? Cuando Eugen Bleuler creó el término «autismo», que luego utilizaron Kanner y Asperger para definir este trastorno, lo hizo a partir del griego αὐτός para indicar que el individuo estaba encerrado en sí mismo, porque esta era una tendencia que se observaba en las personas más gravemente afectadas. Pero incluso en los casos en que se produce, el aislamiento social no es sino una manifestación de algo más profundo que subyace en la arquitectura cognitiva de la persona.

La variedad de manifestaciones observadas en el espectro autista tiene un denominador común: un funcionamiento cerebral que lo hace más adecuado para comprender e interactuar con objetos que con personas. Los objetos siguen unas reglas físicas determinadas y, por tanto, previsibles. Por el contrario, las personas actúan según su propia voluntad, guiada por intereses y objetivos que están ocultos al exterior, y que por tanto resultan imprevisibles.

El cerebro humano es un complejo mecanismo computacional que combina capacidades lógicas (razonamiento, método algorítmico, atención consciente, proceso monotarea, exacto pero lento) y heurísticas (intuición, imaginación, automático, proceso multitarea, rápido, pero propenso a errores). De hecho, en las últimas décadas algunos autores proponen la existencia de dos sistemas cognitivos diferentes en el cerebro humano.⁹ El nivel relativo de cada uno de estos dos sistemas varía en cada persona; todos conocemos personas que son más intuitivas y otras más metódicas.

Pues bien, las características observadas en el espectro autista se corresponden con las de un cerebro en el que existe un desequilibrio importante a favor del primero de los dos sistemas, el que podemos llamar lógico, en perjuicio del segundo, el heurístico. Por esta razón, las personas con Asperger son más hábiles en materias que se rigen según reglas claramente determinadas, y en tareas metódicas o de atención al detalle, como puede ser la informática. Ello explicaría su mayor presencia en este campo.

Sherlock, Max, Hank y Saga

Veamos a continuación otros ejemplos de personajes televisivos relacionados con el Asperger. El que tiene unas raíces más antiguas se trata, sin duda, de Sherlock Holmes, que fue primero un personaje literario inspirado en el Dr. Joseph Bell, un eminente cirujano escocés que vivió entre 1837 y 1911, autor de diversos libros médicos (entre ellos *A Manual of the Operations of Surgery*) y pionero de la ciencia forense. Consideraba que todo médico debía basar su diagnóstico en una atención exquisita a los detalles, y se esforzaba por inculcar esta habilidad en sus alumnos. Así, se cuenta que en una de sus clases mostró a sus alumnos un frasco con un líquido maloliente en el que introdujo un dedo que luego lamió, tras lo cual indicó a sus alumnos que hicieran lo mismo. Cuando hubieron terminado, Bell repitió la operación mostrándoles que en realidad él había mojado un dedo y lamido otro. Con ello quería señalar la necesidad de concentrarse en la observación exacta de los hechos. El propio Bell sobresalía de manera extraordinaria en esta capacidad y en la de deducir conclusiones a partir de los más mínimos detalles, por lo que su ayuda fue requerida a menudo por la policía en sus investigaciones (hay quien afirma que incluso intervino en el caso de Jack «el destripador», pero no hay constancia de ello).

Uno de los alumnos de Bell, en 1877, y más tarde su ayudante, fue Arthur Conan Doyle, entonces estudiante de medicina en la Universidad de Edimburgo, donde se graduaría 4 años más tarde. Ya durante sus estudios, Doyle empezó a escribir obras de ficción, pero las que le han hecho universalmente famoso son las que tienen como protagonista al detective Sherlock Holmes. Doyle reconoció al propio Bell que había creado el personaje basándose en su personalidad, combinación de su concentración extrema en el trabajo, su pasión por el detalle y su capacidad de razonamiento lógico. Y es de suponer que, aunque no las incluyera en la lista, otras de las

⁹ Véase, por ejemplo, el artículo *Dual-Processing Accounts of Reasoning, Judgment, and Social Cognition*, de Jonathan St. B. T. Evans, o los trabajos de Shelly Chaiken, Seymour Epstein, Daniel Kahneman y Steven Sloman.

características de Holmes menos elogiables, como la falta de empatía, cierta arrogancia o la ansiedad que intentaba contrarrestar con su adicción, también provenían de Bell. Todo ello permite especular si el carácter de Holmes, y por ende el de Bell, se corresponde con el síndrome de Asperger, en cuyo caso Doyle habría descrito un ejemplo casi 60 años antes de que Hans Asperger publicara su artículo.

Entre las múltiples adaptaciones del personaje a la pantalla (la grande y la pequeña), la serie Sherlock de la BBC, con tres breves temporadas de tres episodios cada una en 2010, 2012 y 2014, y una cuarta prevista para 2016, nos presenta al célebre detective en el mundo actual, añadiendo las nuevas tecnologías a su gama de recursos de investigación. La imagen que nos presenta de Holmes refuerza su carácter dentro del espectro autista. Apenas iniciar su aparición en el primer episodio, una trabajadora de la morgue se pinta los labios y le propone una cita: «Tal vez luego, cuando hayas terminado... ¿te apetecería una taza de café?». Pero Sherlock no capta la insinuación y responde fríamente: «Negro, con dos terrones. Súbemelo arriba, por favor». Luego, cuando ella, decepcionada por la respuesta, regresa sin la pintura de labios, él le pregunta: «¿Qué pasó con el lápiz de labios?». «No me ha funcionado.» «¿No? Era mejor, ahora tu boca se ve demasiado pequeña.»

Aunque este tipo de comportamientos se repiten a lo largo de la serie, el único momento en que se propone explícitamente el diagnóstico es en el segundo episodio de la segunda temporada, cuando el inspector Lestrade, molesto con el comportamiento de Sherlock, se lamenta a Watson de que «debe ser cosa de su carácter...», y este confirma: «¿su Asperger?».

La serie en la que sí se trata de forma explícita el Asperger es Parenthood, en la que hay dos personajes con el trastorno. Pongámonos en situación con la siguiente escena: cuando está comiendo en un restaurante, Adam recibe una llamada de su esposa Kristina, que con voz inquieta le pide que se reúna con ella. Al llegar a la

cita, Adam ve dibujada la preocupación en el rostro de ella. «¿Qué sucede?» «He hablado con la terapeuta, y dice que está preocupada por Max. Cree que tiene algunas dificultades de aprendizaje.» Bueno, no es tan grave, piensa Adam. Ambos estaban preocupados por el extraño comportamiento de su hijo, pero si se trata sólo de un problema escolar tiene solución. «Vale, escucha, he estado pensando en ello y hablaré con la escuela para que le pongan un tutor a Max que le ayude en esta etapa difícil.» No, Kristina sabe que es más que esto. «Cariño, la terapeuta no se refería sólo al tema académico, ella cree que Max puede tener... —se le corta la voz— ...ella piensa que puede tener Asperger.» Adam se muestra sorprendido e incrédulo. «¿Asperger? ¿Como autismo? He visto niños autistas, y no son como él.» Sin embargo, tras la entrevista, Kristina está más informada. «El Asperger es un autismo de alto funcionamiento. Muchas personas con Asperger tienen vidas muy satisfactorias. La terapeuta cree que si le proporcionamos los recursos adecuados...»

Parenthood es una serie de la cadena NBC que narra las vicisitudes de tres generaciones de la familia Braverman: Zeek y Camille son los abuelos de la familia, que tuvieron cuatro hijos, Adam, Sarah, Crosby y Julia, algunos de ellos con sus parejas, y sus hijos. El fragmento descrito, centrado en Adam y su esposa Kristina, corresponde al primer episodio de la serie, pero podría pertenecer a la vida real de cualquiera de las muchas familias que han vivido situaciones parecidas al descubrir que su hijo tiene un trastorno del que tal vez ni siquiera hayan oído hablar. Y es que Parenthood es la serie que dibuja de manera más explícita y rigurosa el síndrome de Asperger. Los guiones son asesorados por expertos en el tema, y cada dos episodios el director, el productor ejecutivo y el actor que representa a Max se reúnen con un especialista en Asperger para conseguir que la actuación se ajuste al trastorno. Una característica singular de Parenthood que muestra su implicación con el trastorno es que la serie mantiene un blog,¹⁰ llamado *The ex-*

¹⁰ <http://www.nbc.com/parenthood/blog/the-experts-speak>



perts speak, en el que doctores e investigadores comentan los episodios y proporcionan consejos a las familias.

Max presenta los déficits sociales y el apego a las rutinas que son las marcas diagnósticas del Asperger, y también hipersensibilidad (al sonido, al tacto), incapacidad para comprender las expresiones faciales o las normas sociales implícitas, y crisis nerviosas o rabietas cuando algo altera sus planes. Sin embargo, no debemos creer que todos los niños con Asperger sean como Max, pues cada caso puede manifestarse en aspectos diferenciados y grados variables, y también es distinta la manera como cada persona reacciona frente a sus dificultades. En realidad, dos personas con Asperger pueden ser tan distintas entre sí como puedan serlo dos personas neurotípicas, lo que no obsta para que un profesional experto pueda detectar el trastorno al poco rato de observar el comportamiento del niño.

Que el tratamiento del Asperger en *Parenthood* sea tan realista se debe a que el creador de la serie, Jason Katims, tiene un hijo con dicho trastorno, lo que le ha llevado a investigar el tema en profundidad y a tratar de representarlo en la pantalla del modo más exacto y directo posible. Mientras que en la casi totalidad de las series que he incluido en la Tabla 1 nunca se especifica que las características del personaje se deban al síndrome de Asperger, o como mucho en algún momento concreto se hace una insinuación indirecta al respecto, en *Parenthood* el término «Asperger» se pronuncia en 125 ocasiones (además de 23 veces «autismo» o «autista», y ocho veces «espectro», usado en el sentido de espectro autista).¹¹

Precisamente, tras la emisión del segundo episodio de la primera temporada sucedió un he-

cho curioso. Aunque en el episodio inicial ya había sido mencionado el Asperger (en el fragmento que he reproducido), en el siguiente lo fue con mayor insistencia (13 veces), por lo que parece que caló más en la percepción de los espectadores. La curiosidad ante un concepto médico que no conocían provocó que durante la mañana siguiente a la emisión la expresión más buscada en Google fuera *Asperger's disease*.

Las características más idiosincrásicas del Asperger, así como sus repercusiones para el propio individuo y los que le rodean (familia, entorno social), se fueron plasmando desde los primeros episodios. Ya a los 2 minutos del inicio de la serie vemos al abuelo (Zeek) mostrando su preocupación al padre de Max (Adam) porque el niño se niega a participar en el equipo de béisbol y prefiere quedarse en casa jugando solo. Adam, que sabe que a Max le desagrada el béisbol (por su poca habilidad deportiva y porque se siente mal en el grupo), pretende justificarle diciendo que la insistencia del abuelo en esta cuestión pone «un poco nervioso» a Max, y añade: «Max es un chico sensible, eso es todo». La respuesta de Zeek expresa en una breve frase toda una forma, por desgracia muy habitual, de tratar con la diversidad humana: «Bueno, tú eras sensible también, y te curé». Estas pocas palabras nos hacen reflexionar sobre algunos métodos terapéuticos cuyo objetivo está más centrado en ajustar el comportamiento del niño al estándar social que en lograr que este pueda desarrollar sus capacidades específicas y tener una vida satisfactoria.¹² Y por si la idea, dada la fugacidad de la frase, pueda haber pasado inadvertida al espectador, en la escena siguiente vemos a la madre (Kristina) y la hermana de Max (Haddie) preguntándose por qué es tan importante el béisbol. La respuesta de Kristina es muy clara:

¹¹ A falta del episodio final, que no se había emitido todavía en el momento de escribir este párrafo.

¹² «Es importante valorar a nuestros niños como individuos, aunque no sean los niños que nosotros esperábamos que fueran. La tragedia de nuestra sociedad es la precipitación hacia servicios que están dirigidos específicamente a la inculcación de la conformidad en lugar de ayudar al niño a convertirse en el adulto único que algún día será. Olvidamos fácilmente que el objetivo no es un niño que se comporte bien, sino un adulto independiente, exitoso y feliz. Se suele considerar que una intervención ha sido satisfactoria cuando el niño parece comportarse como los demás, pero no se presta mucha atención en el objetivo a largo plazo ni en las consecuencias de querer hacer entrar clavijas cuadradas en agujeros redondos.» Corin Barsily Goodwin y Mika Gustavson, 2011. Disponible en: <http://www.thinkingautismguide.com/2011/02/asd-and-giftedness-twice-exceptionality.html>

«Porque los hombres sienten la necesidad de expresar su amor golpeando pelotas, pateando traseros y discutiendo estadísticas sin sentido. Y creo que tu padre piensa que si Max no hace estas cosas crecerá triste y solo». Haddie concluye: «Pues esto es absurdo».

Después de que la terapeuta les indicara que Max podía tener Asperger, Adam y Kristina empiezan a investigar y entran en contacto con los padres de otro niño con Asperger, que les recomiendan seguir una dieta libre de gluten: «Sin trigo. Sin azúcar. Sin sustancias químicas. Libre de caseína también». Kristina pregunta: «¿Qué es la caseína?». Respuesta rápida: «No lo sé». E inmediatamente: «Tenemos una nutricionista que os va a encantar» (este es un guiño de la serie a una de las “curas” que en ocasiones se proponen en ciertos ámbitos, surgidas de la impotencia que sienten algunos padres al no encontrar solución al problema de sus hijos). Sin embargo, el siguiente consejo resultará útil: «Vais a necesitar un psicólogo conductista. Dicen que el Dr. Pelikan es el mejor, pero nadie consigue una cita con él, es como el Bob Dylan del autismo».

Por fortuna, una circunstancia casual permite que consigan rápido una cita con el doctor. Tras la visita, Pelikan les anuncia su diagnóstico: «Max tiene una alta funcionalidad, pero su comportamiento es coherente con un diagnóstico de Asperger». La confirmación cae como una losa sobre los padres, que aún esperan que sea algo pasajero: «Entonces, ¿cuánto va a durar esto?». La realidad es otra: «Desafortunadamente, no existe una cura para el Asperger. Es un síndrome que él siempre tendrá». Kristina: «¿Qué se supone que tenemos que hacer por él?». Entonces la serie, en boca del Dr. Pelikan, da un consejo a los espectadores que puedan encontrarse en esta situación: «Ustedes ayudarán a descubrir los dones de Max. Tienen que averiguar cómo aprende. Tienen que apoyar a Max tanto como les sea posible. Honestamente, los estudios muestran con claridad que el mayor parámetro de éxito en niños con Asperger es la implicación de sus padres».

Un aspecto que preocupa a los padres cuando por primera vez reciben el diagnóstico de su

hijo y no conocen todavía mucho sobre el Asperger es el hecho de que no sea algo temporal, sino una característica que acompañará a su hijo toda la vida. Lo expresa así Adam a su mujer cuando regresan a casa tras la visita al Dr. Pelikan: «Puedo lidiar con cualquier cosa. Puedo lidiar con una dolencia, con una enfermedad, con un hueso roto. Cualquier cosa que pueda arreglar. Pero esto... No sé cómo lidiar con esto. Esto es para siempre». Ciertamente, un trastorno del espectro autista es para siempre, pero ello no significa que siempre afecte a la persona de la misma manera que lo hace durante los primeros años de desarrollo; al menos no es así en la mayoría de los casos, especialmente si desde temprano recibe ayuda para ello. Incluso sin esta ayuda, muchos niños de cuando aún no se conocía el trastorno ahora son adultos que llevan vidas aparentemente normales.

Los niños con Asperger, sin dejar la esencia de lo que les hace así y constituye su forma de ser y de ver el mundo, pueden aprender a integrarse y relacionarse con su entorno, y llegar a ser capaces de aportar sus especiales capacidades personales al progreso de la sociedad (como muchos de ellos han hecho). Parenthood lo ha reflejado a lo largo de la serie mostrando la evolución progresiva de Max en su autocontrol, sus relaciones sociales y, en la sexta y última temporada, sus primeros escauceos amorosos con Dylan, una compañera de escuela que presenta trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Pero además, para completar la perspectiva vital de la persona con Asperger, la serie incorporó desde la cuarta temporada un personaje adulto, Hank, un hombre con poca habilidad social. Se trata de un fotógrafo profesional a cuyo estudio acude la familia de Max para que les haga una foto de grupo. Hank está buscando un ayudante, y Sarah, la hermana de Adam, y por tanto tía de Max, solicita el empleo. Inicialmente Hank la rechaza por falta de conocimientos técnicos, pero luego se da cuenta de que Sarah tiene la capacidad de trato con los clientes que a él le falta y la contrata: «Resulta que a la gente de la sesión de fotos les caíste bien. Le dieron mucha importancia. Parece ser que eres buena con el



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

chismorreó. Y yo odio hablar con los clientes. De verdad, lo odio. A veces me da dolor de estómago. Sí, por eso te iba a llamar. No eres tan mala como pensé al principio».

La relación entre Hank y Sarah, inicialmente laboral y posteriormente romántica, pone en contacto a Hank y Max, que por compartir aspectos de su carácter establecen amistad. Un día Max se enfada con Hank porque este le había prometido ayudarle con unas fotografías y, por motivos de trabajo, no puede hacerlo. Max coge una rabieta, le grita a Hank que es un mentiroso, y vuelve corriendo a su casa a encerrarse en su habitación. Unos días más tarde, el padre de Max acude al estudio de Hank para disculparse por este comportamiento. Le explica que Max tiene un trastorno llamado Asperger y le deja un libro sobre el tema para que pueda entender lo que le sucede.

Unos minutos más tarde vemos a Hank que por la noche está leyendo el libro con una excitación creciente, pasando las páginas con nerviosismo y resaltando fragmentos. Va corriendo a casa de Sarah, que al verle tan inquieto le pregunta: «¿Qué es este libro? ¿Qué pasa?» Hank le responde a borbotones: «Estaba leyendo este libro por Max. Lo estaba leyendo por el chico y luego, de repente, ya no leo sobre él. Estoy leyendo sobre mí. Este libro me está describiendo. Estoy viendo mi vida. Mi vida. Lo veo todo, absolutamente todo. Es por eso que me pasan las cosas. Soy como él. Soy como Max». ¡Cuántos adultos en los últimos años han vivido este momento! Algunos, cuando sus hijos han sido diagnosticados. Otros, como Hank, leyendo por azar un libro. Para todos ellos el momento significa encontrar por fin la explicación de su pasado y quizás poder reconciliarse consigo mismos.

Parenthood es la serie que trata el síndrome de Asperger de una manera más explícita y más cercana a la situación de muchas familias que viven experiencias parecidas. Ahora finalizaré este repaso con otra muy distinta, que ni siquiera

nombra el trastorno en ningún momento, pero que considero altamente instructiva, ya que tanto a través de su idea argumental como de la relación que se establece entre sus dos protagonistas, e incluso simbólicamente por el escenario en que tiene lugar y el propio título de la serie, nos transmite un mensaje que resulta válido no sólo para el caso del síndrome de Asperger, sino para cualquier diversidad humana, sea esta del tipo que sea.

Bron/Broen es una serie coproducida por las televisiones públicas sueca y danesa, junto con la alemana ZDF, de la que hasta el momento se han producido dos temporadas con un total de 20 episodios¹³. El título bilingüe significa puente (*Bron* en sueco, *Broen* en danés) y hace referencia al puente Öresund (u Øresund), un alarde arquitectónico de 8 km de longitud que, junto con un túnel de 4 km, une Suecia con Dinamarca. El puente tiene una presencia constante en la serie, ya que en su punto central, justo sobre la línea que marca la frontera entre los dos países, aparece un cadáver cuya muerte deberán investigar conjuntamente los cuerpos de policía sueco y danés, países a los que separa cierta distancia social y cultural. Desde ese momento, unos y otros se verán obligados a cruzar constantemente el puente, tanto en sentido real, para el desarrollo de las investigaciones, como figurado, aprendiendo a comprender y aceptar sus diferencias.

Por parte danesa está a cargo de la investigación el detective Martin Rohde, un hombre cuya apariencia tranquila y físico amplio traen a la mente la imagen de un oso nórdico, y sin embargo vive su trabajo apasionadamente, hasta el extremo de tomar la justicia por su mano. En cambio, en el lado sueco tenemos a la detective Saga Norén, una persona meticulosa, dura, fría, sin sentido del humor, que sigue las reglas al pie de la letra, que no sabe mentir, brillante en su trabajo, pero sin ninguna capacidad para las sutilezas sociales. Sin duda los guionistas se han guiado en el Asperger para definir el personaje,

¹³ Hasta agosto de 2015. Existe también un *remake* estadounidense (*The Bridge*, que transcurre en la frontera entre los Estados Unidos y México), y otro francobritánico (*The Tunnel*, centrado en el Eurotúnel).

aunque en ningún momento de la serie se haga referencia explícita a ello.¹⁴

En cierta manera, Saga y Martin son la antítesis uno del otro, y por ello sus primeros contactos generan en ambos perplejidad, incompreensión y cierto rechazo. Sin embargo, poco a poco aparece entre ambos cierta química, una forma de amistad hombre-mujer no relacionada con el sexo, ni tan sólo con muestras exteriores de afecto, o me atrevería a decir una relación como la que pueda existir entre un padre comprensivo y una hija con ciertas dificultades. Martin llegará a aceptar la manera de ser de Saga, y se convertirá en su confidente y asesor en las cuestiones so-

ciales, a la par que adquirirá a través de ella una visión del mundo que le era desconocida. Por su parte, Saga aprenderá a ver en Martin lo más parecido a un amigo que nunca haya tenido, cosa que le confiesa al final del último episodio emitido, cuando descubre que él ha realizado un acto punible: «He analizado tus motivos y he llegado a la conclusión de que... tú eres mi único amigo».

Sin duda es esta la lección que debemos aprender de la serie, la aceptación de la diversidad humana en toda su extensión y la colaboración por encima de cualesquiera diferencias (mentales, de origen, de cultura, etc.) para, entre todos, construir un mundo mejor.

¹⁴ Observo que la casualidad (¿o no?) ha hecho que en la muestra de personajes con Asperger que he escogido haya cinco varones (Max, Hank, Sheldon, Moss y Sherlock) y una hembra (Saga), es decir, la misma proporción que se da en la vida real, según el informe de los CDC antes citado.



Breaking Bad y la adicción a la metanfetamina

Patricia Robledo

Si existe una serie que ha alcanzado lo más parecido a la unanimidad entre crítica y público esa es, sin duda, la historia que narra en cinco temporadas el descenso a los infiernos de un profesor de química corriente reconvertido en el mayor distribuidor de metanfetamina de Nuevo México. Walter White, gracias a la poderosa interpretación de Bryan Cranston, se ha erigido en todo un icono de la televisión. Ganadora de dieciséis premios Emmy, la serie, junto con Mad men, ha convertido al canal por cable AMC en un serio contrincante para la todopoderosa HBO. Tras su desenlace en 2013, el creador Vince Gilligan presentó Better call Saul, basada en un personaje secundario de la serie original.

El tema principal en que se basa la serie Breaking Bad es el de la síntesis y distribución de metanfetamina en una ciudad pequeña de los Estados Unidos fronteriza con México. La serie muestra de forma muy real cómo el mercado de metanfetamina puede ser un negocio lucrativo, pues existe una gran demanda de este producto y porque su síntesis es poco costosa, ya que los precursores químicos son relativamente baratos y fáciles de encontrar legalmente. De manera más paralela, la serie trata dos problemas cruciales relacionados con el tráfico de metanfetamina. El primero es la violencia asociada a la guerra por el control absoluto del mercado, y el segundo tiene que ver con el consumo abusivo de esta sustancia y las consecuencias negativas que conlleva. Sobre este último punto, la serie muestra de manera fidedigna que la metanfetamina es una droga de abuso muy adictiva que es consumida principalmente por sus propiedades euforizantes de larga duración. Produce sus efectos psicoestimulantes al aumentar las concentraciones extracelulares de monoaminas en el cerebro. El aumento rápido y mantenido de noradrenalina es la causa de su conocido «síndrome tóxico» caracterizado por taquicardia, hipertensión, midriasis, diaforesis y agitación psicomotora. La liberación prolongada de monoaminas a nivel central y la activación del

sistema nervioso simpático producen la mayoría de las complicaciones neurológicas agudas asociadas con el uso de metanfetamina, como accidentes cerebrovasculares, convulsiones, agitación e hipertermia, y en gran parte son también la causa del abuso y la adicción a esta sustancia.¹ El tema de la adicción presentado en la serie concuerda con la evidencia científica y muestra claramente el proceso adictivo. Así, según una de las teorías más influyentes, la adicción a las drogas de abuso se instaura a partir de la interacción de un individuo vulnerable y los cambios neurobiológicos que produce la droga, que dependen de la cantidad de exposición. La adicción es una enfermedad recidivante que consta de diferentes fases, incluyendo la de intensificación del consumo o escalada, el aumento de la necesidad de consumir, la pérdida de control y la recaída en el consumo aun después de una abstinencia prolongada.²

Las tres caras de la síntesis y la distribución de metanfetamina

Jesse Pinkman es un joven con problemas de abuso de drogas y fracaso escolar que es rechazado por su familia a causa de su incapacidad para dejar las drogas e insertarse en la sociedad.

Aunque suspendió la asignatura de química en el instituto, tiene la fórmula para la preparación de metanfetamina o *crystal meth*, como se le llama comúnmente en la calle, que prepara en un laboratorio clandestino en el garaje de su casa. La fórmula de Jesse, que se basa en la reducción química de la pseudoefedrina, es el método utilizado en la vida real. Los amigos de Jesse, Badger y Skinny Pete, también son drogadictos y se encargan de conseguir la materia prima comprando en diferentes farmacias el descongestionante nasal llamado *Sudafed*, que contiene pseudoefedrina. Una vez extraída la pseudoefedrina, esta se reduce con yodo y fósforo rojo para formar metanfetamina o N-metilanfetamina. La distribución que hace Jesse de la metanfetamina es a baja escala, utilizando como camellos a sus amigos drogadictos, que principalmente venden la droga localmente. Según el Plan Nacional Sobre Drogas, en España la metanfetamina se conoce con los nombres de *speed*, *meth* y *chalk*, o bien *hielo* o *cristal*, y si se consume fumada. También puede consumirse por vía oral, inhalada o inyectada, lo que determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce.

Walter White es un hombre muy inteligente cuyas aspiraciones creativas en el campo de la química aplicada se ven frustradas y acaba como profesor de química de un instituto. Esta situación le amarga profundamente por la falta de incentivos y por su bajo poder adquisitivo. Además, tiene problemas graves de salud que implican un tratamiento muy costoso. Por casualidad, Walter se entera de que Jesse, antiguo alumno suyo, está sintetizando metanfetamina en condiciones precarias y se le ocurre proponerle una manera más eficiente de sintetizar una gran cantidad de metanfetamina de alta pureza. Su idea es conseguir mucho dinero para que su familia pueda vivir cómodamente cuando él muera del cáncer de pulmón que padece. Walter es un hombre riguroso y organizado, con una habilidad asombrosa para la química, características que le sirven para mejorar la pureza de la metanfetamina y montar un laboratorio en una furgoneta que puede desplazarse a zonas desérticas para evadir eficazmente el control policial de la ciudad. En la serie, Walter deja de utilizar el méto-

do basado en la pseudoefedrina por la dificultad que supone conseguir grandes cantidades de este precursor. En cambio, propone utilizar un método de preparación de metanfetamina conocido como «animación reductora» o «método 2P2», que consiste en reducir la fenil-2-propanona (P2P) utilizando fenilacetona y metilamina. La metilamina se utiliza en aplicaciones industriales, pero es una sustancia muy controlada por las agencias de lucha contra la droga.

Este método de síntesis de la metanfetamina se pone de manifiesto en la serie en el episodio *Seven Thirty-Seven*, el primero de la segunda temporada. El cuñado de Walter, que trabaja para la agencia antidroga de los Estados Unidos (DEA, Drug Enforcement Administration), se muestra sorprendido al ver el vídeo de un robo de metilamina y comenta: «P2P, están cocinando meta al estilo de la vieja escuela de los moteros». Este comentario se refiere al hecho de que durante la década de 1970 y principios de la de 1980 la metanfetamina se fabricaba por este método y se distribuía por el club de moteros Hell's Angels en el norte de California, hasta que cayó en desuso por la clasificación del P2P en la lista de sustancias controladas.³ A mediados de 1990, la mayoría de los laboratorios P2P habían sido sustituido por laboratorios basados en la pseudoefedrina/efedrina.³ Sin embargo, las legislaciones relacionadas con los precursores de la metanfetamina de los años 1993, 1995 y 2005 en los Estados Unidos hicieron que tanto la efedrina como la pseudoefedrina pasaran a ser también sustancias controladas.⁴ Este hecho contribuyó a una disminución del mercado y a la recuperación del antiguo método P2P de síntesis de la droga. Así, a finales de 2010, el 69% de las muestras americanas y mejicanas examinadas indican que fueron producidas utilizando el método P2P.⁴

Algunas discrepancias entre la ficción de la serie y la realidad tienen que ver con la elevada pureza que parece tener la metanfetamina que prepara Walter. Así, una de las características de la metanfetamina de Walter es su color azul, lo que en un sentido estricto químicamente no concuerda demasiado con la pretensión de pureza del 99%, puesto que cualquier color es signo de



impureza. Otra discrepancia con la vida real se relaciona con el hecho de que la metanfetamina ultrapura que prepara Walter se encuentra en la calle a igual pureza, lo que normalmente no ocurre porque los distribuidores suelen adulterar la droga con otros compuestos para incrementar su volumen y así obtener más beneficios.

Walter también cambia la forma de distribución de la metanfetamina para hacer el negocio más lucrativo, asociándose para ello a una red de distribuidores latinos de droga muy peligrosos. Estas dos formas de distribución de la metanfetamina son representadas de manera fidedigna en la serie. La primera, a pequeña escala, llevada a cabo localmente por drogadictos, y la otra a gran escala, controlada por mafias.

Gustavo Fring es un traficante de drogas de origen latino que controla el negocio en el oeste americano de manera organizada y que pasa completamente desapercibido porque tiene un sistema de blanqueo de capital infalible. Walter y Jesse se asocian con él para sintetizar grandes cantidades de metanfetamina en un gran laboratorio clandestino que Fring monta para ellos en la ciudad donde residen. Este hecho se asemeja a la realidad en los denominados *super-labs* que se conocen en México y que probablemente también existieron en los Estados Unidos en algún momento. En el décimo episodio de la cuarta temporada, titulado *Salud*, Gus Fring lleva a Jesse a la fuerza a México para que pruebe ante el cártel de Juárez su habilidad para sintetizar metanfetamina de alta pureza, y allí conoce uno de estos *super-labs* dirigidos por esta organización criminal. Fring es un hombre peligroso que no tarda en eliminar al jefe del cártel mejicano, quien compite en el tráfico y la distribución de metanfetamina en el territorio americano. El tráfico de metanfetamina por bandas criminales mejicanas que se describe en la serie es verosímil, puesto que la disminución en la producción de metanfetamina en los Estados Unidos observada desde 2003 se contrarrestó con el aumento de la producción en México. Los cárteles mejicanos se involucraron más en este tráfico, y la cantidad de metanfetamina incautada en la frontera de los Estados Unidos y México aumentó considerablemente en el año 2003.⁴ En 2008, las organizaciones de trafican-

tes canadienses ampliaban su participación en la producción de metanfetamina en todo el mundo, y las mejicanas invadían el mercado en los Estados Unidos).⁴

Los diferentes perfiles de adictos a la metanfetamina

En la segunda temporada de *Breaking Bad* se muestran de manera bastante real algunos de los patrones existentes en los consumidores de metanfetamina. Por un lado, Jesse y sus amigos generalmente la esnifan o la fuman, de manera que a dosis moderadas produce efectos muy rápidos que incluyen euforia, aumento de la atención, disminución del apetito, aumento de la libido y de la autoestima, y mejora del humor. Sin embargo, Jesse aparece en la serie como un verdadero adicto que no controla la cantidad de metanfetamina que consume, puesto que tiene acceso ilimitado a ella. En una escena del episodio *Mandala*, el undécimo de la segunda temporada, cuando Jesse se encuentra con Walter para hablar de negocios, se observan claramente los efectos asociados al consumo de dosis altas de metanfetamina puesto que Jesse sufre disforia, inquietud y ansiedad. Además, muestra bruxismo (frotamiento dentario sin propósito) y temblores. En la serie, Jesse es el típico adicto a la metanfetamina que poco a poco pierde el control de su vida y el apoyo de sus padres a causa de su adicción. Así, en *Down*, el cuarto episodio de la segunda temporada, se ve cómo Jesse se queda sin vivienda porque sus padres se enteran de que ha montado un laboratorio de metanfetamina en la casa que heredó de su tía. La recaída en la búsqueda de la droga y la reinstauración del consumo se observa en Jesse después de situaciones adversas o episodios depresivos, como por ejemplo en *Mandala*, cuando se siente culpable y triste por la muerte de su amigo Combo y empieza a pincharse heroína con su novia toxicómana. En este episodio se escenifican de manera bastante realista los efectos que tiene la heroína, en claro contraste con los efectos de la metanfetamina. La heroína inyectada induce una sensación sumamente placentera, caracterizada por una marcada indiferencia a los estímulos in-

ternos y externos. El pico de euforia se produce segundos después de administrar la droga y suele durar unos minutos, mientras que el efecto de bienestar puede durar de 4 a 6 horas. Sin embargo, la heroína no induce activación psicomotora, puesto que es un depresor del sistema nervioso central. Grandes cantidades de heroína pueden causar somnolencia extrema, con riesgo de inducir un estado de coma o disminuir el reflejo de tos y expectoración, lo que puede producir ahogamiento con el propio vómito. Esto queda reflejado en el caso trágico de Jane, la novia de Jesse, que precisamente muere ahogada de esta manera.

Por otro lado, la metanfetamina también induce un pico de euforia de aparición rápida que puede llegar a durar muchas horas, dependiendo de si es inhalada, fumada o inyectada, a través de la activación del sistema nervioso central por su efecto liberador de monoaminas. Al final de la segunda temporada, Walter lleva a Jesse a rehabilitación en el episodio *ABQ*, el decimotercero de la segunda temporada, en el que se aprecia el deterioro afectivo que sufre por sentirse culpable de la muerte de su novia. La situación en que se encuentra Jesse seguramente se debe al deterioro afectivo característico de las personas que abusan de manera crónica de la metanfetamina, que con frecuencia tienen problemas para experimentar placer (anhedonia) y caen en una profunda depresión debido al agotamiento de las reservas cerebrales de dopamina y serotonina en los terminales neuronales.¹ Con el personaje de Jesse, la serie muestra de manera fiel la adicción, puesto que los problemas afectivos y el posible déficit cognitivo que experimenta Jesse contribuyen significativamente a perpetuar el ciclo adictivo, caracterizado por abuso, pérdida de control y recaída.²

En el episodio *Open House*, el tercero de la cuarta temporada, se muestra cómo Jesse pierde cada vez más el control sobre sus acciones y parece bastante desquiciado cuando, después de matar a Gale, monta una fiesta interminable en su casa con otros drogadictos, consumiendo grandes cantidades de metanfetamina. La situación degenera, pasando del baile a la violencia. En este capítulo se muestra la realidad del consu-

mo de metanfetamina en forma de atracón o *binges*, que puede durar varios días y en el cual los efectos eufóricos del fármaco van disminuyendo con el tiempo, mientras que la disforia y las conductas compulsivas y repetitivas aumentan. Este perfil de consumo se escenifica perfectamente en la fiesta de Jesse, donde al final de varios días de euforia y baile, los invitados empiezan a realizar actos violentos y conductas sexuales arriesgadas. Las conductas que se describen en la serie (escenificadas por Jesse) tienen que ver con una desregulación patológica en los circuitos cerebrales implicados en el placer y la motivación producidos por la adicción. Así, la administración de la mayoría de las drogas de abuso, incluida la metanfetamina, aumenta la transmisión dopaminérgica en centros cerebrales específicos que refuerzan el comportamiento de búsqueda y consumo de droga, facilitan la reiteración de las conductas aprendidas y promueven la adicción. De la necesidad incontrolada de obtener la droga surge la recaída, cuya base es una forma patológica de plasticidad neuronal en el sistema glutamatérgico excitatorio. Dicha desregulación hace que el individuo adicto conceda una importancia motivacional excesiva a los estímulos que predicen la disponibilidad de la droga y reduzca su capacidad para inhibir el consumo de esta.⁵

Por otra parte, están los personajes de Spoooge y su novia, dos adictos en situación marginal desconectados de la sociedad. Estos personajes muestran la realidad de los adictos crónicos a la metanfetamina, que a menudo son politoxicómanos, pero que al no poder pagar la cocaína o la heroína consumen metanfetamina porque es más barata, y hacen cualquier cosa para conseguir la droga, incluso prostituirse, como es el caso de la novia de Spoooge. En el episodio *Peekaboo*, el sexto de la segunda temporada, se muestran las condiciones marginales en que vive esta pareja, con un niño pequeño totalmente desatendido. Estos dos personajes sufren efectos secundarios graves que ocurren realmente tras el consumo crónico de metanfetamina; por ejemplo, la malnutrición que ambos personajes evidencian y una mala condición dental asociada con caries graves y pérdida de dientes. Este último síndrome se debe a las propiedades ácidas



de la droga junto con la falta de higiene oral. La xerostomía (boca seca) también contribuye a las secuelas dentales resultantes del uso de metanfetamina. Spoooge y su novia también muestran lesiones en la piel como resultado del rascado compulsivo que acompaña el consumo de metanfetamina. Estas lesiones suelen infectarse, lo que resulta en una celulitis bacteriana que se extiende a bacteriemia y sepsis en algunos casos.

Además de estos ejemplos de consumidores de metanfetamina caracterizados en la serie, existen otros individuos que consumen la droga pero no llegan a desarrollar una adicción. Este hecho, que la serie no trata, tiene que ver con las diferencias existentes en la población en cuanto a la vulnerabilidad individual de entrar en el ciclo adictivo tras el consumo esporádico o recreacional de la droga. Los expertos consideran que 12 a 20 de cada 100 personas que inician el consumo de drogas desarrollarán una adicción. Sin embargo, el riesgo de que estos adictos recaigan en el uso de la droga, incluso después de periodos prolongados de abstinencia, es muy alto.² En 2013, el *Washington Post*⁶ publicó un artículo sobre un tipo de personas, denominadas «adictos funcionales», que consumen metanfetamina y parecen ser capaces de mantenerse socialmente activos. Algunos de los ejemplos citados son madres trabajadoras o personas con trabajos múltiples, tediosos y mal pagados que consumen metanfetamina para incrementar la energía y solventar el tedio de su condición social y laboral, o estudiantes universitarios para mejorar sus capacidades cognitivas. Como ya se ha mencionado, el proceso adictivo depende del consumo de droga y de su interacción con la vulnerabilidad genética o conductual preexistente en el individuo. Así, algunas de estas personas, quizá las más vulnerables, entran en la espiral de la adicción y pierden el control sobre el consumo de droga hasta el punto de fracasar en el trabajo y desconectarse socialmente.

¿Breaking Bad puede incitar al consumo de metanfetamina?

Aunque la serie trata de manera realista la adicción a la metanfetamina y sus efectos devasta-

dores, hay quienes se preguntan si Breaking Bad puede haber incitado al consumo de esta droga. En el año 2014 se escribieron varios artículos en la prensa española señalando un incremento de la incautación de metanfetamina en el Reino Unido y un aumento de su consumo en Alemania en los últimos 5 años. Para algunos, este hecho podría estar relacionado con la serie, mientras que para otros «es más correcto decir que la serie ha dado a conocer esa droga».⁷ Por otro lado, un informe de la DEA indicó que la cantidad de incidentes relacionados con la metanfetamina en los Estados Unidos en 2012 fue la más baja desde 2008, año en que empezó la serie. Por lo tanto, no parece que haya influido en el consumo de esta sustancia.

Aunque el consumo de metanfetamina pueda estar descendiendo en los Estados Unidos, en Asia sigue siendo muy alto y el consumo mundial se ha convertido en una epidemia. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), se estima que existen 25 millones de consumidores de anfetaminas en todo el mundo, una cantidad que es superior a la de usuarios de cocaína (14 millones) y de heroína (11 millones).⁸ Además, hay estudios que indican que la síntesis y la distribución de metanfetamina han aumentado en países como Polonia, la República Checa y la Federación Rusa, y en países del Tercer Mundo en África y América Central.⁹ En España, el consumo de metanfetamina es bajo por su alto precio, y parece que se relaciona sobre todo con un consumo elitista en ambientes gay.⁷

Bibliografía

1. Rusyniak DE. Neurologic manifestations of chronic methamphetamine abuse. *Psychiatr Clin North Am.* 2013;36:261-75.
2. Piazza PV, Deroche-Gamonet V. A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacology (Berl).* 2013;229:387-413.
3. Drug Enforcement Administration (DEA). Methamphetamine situation in the United States. Drug intelligence report. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 1996.
4. Drug Enforcement Administration (DEA). Office of Forensic Sciences, Special Testing and Research Laboratory. Methamphetamine profiling program, fourth quarter CY2010. Washington DC; 2010.

5. Kalivas PW, Volkow N, Seamans J. Unmanageable motivation in addiction: a pathology in prefrontal-accumbens glutamate transmission. *Neuron*. 2005;45:647-50.
6. Matthews D. Here's what 'Breaking Bad' gets right, and wrong, about the meth business. *The Washington Post*; 15 de agosto de 2013.
7. Navarro M. La devastadora droga de 'Breaking Bad' ya se toma en Catalunya. *El Periódico*; 21 de noviembre de 2014.
8. UNODC. Annual Report 2008. Disponible en: www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf
9. UNODC. Annual Report 2013. Disponible en: http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf



Mad Men y el tabaquismo

Joan R. Villalbí

Don Draper es con toda probabilidad uno de los iconos más representativos de la época dorada que viven las series de televisión en la actualidad. Ambientada en una agencia de publicidad en la Nueva York de los años 1960, es una elegante y fiel representación de una época marcada por la discriminación social que ha encandilado a los galardones más prestigiosos desde que se estrenó en el canal por cable AMC, en 2008. Encadenó cuatro victorias consecutivas al mejor drama en los premios Emmy y tres en los Globos de Oro, sumando un total de 20 estatuillas a lo largo de sus siete temporadas de emisión. Antes incluso de su desenlace, ya se consideraba como una de las mejores series de la historia de la televisión.

Las grandes empresas tabaqueras han utilizado desde hace décadas diferentes estrategias para promover el consumo de tabaco. Por supuesto, la publicidad directa es la más importante, y una de las más efectivas; los anuncios en la vía pública, visibles por la población en su vida cotidiana, son uno de sus soportes favoritos, así como las inserciones en la prensa impresa y los *spots* en la radio y la televisión. En estos anuncios, la presencia de personajes populares fumando es habitual, y las estrellas del cine y la televisión se prestaron a ello desde los años 1920. Así, Humphrey Bogart y Lauren Bacall protagonizaron anuncios de tabaco en la década de 1940, pero lo hicieron muchos más artistas en los Estados Unidos, hasta que en 1964 esta práctica se declaró ilegal. A medida que los gobiernos en muchas sociedades avanzadas han ido adoptando políticas para reducir el daño que hace el tabaco, por ejemplo prohibiendo su publicidad y promoción, la industria tabaquera ha ido buscando formas más sutiles para promocionarse. Una de ellas ha sido mediante su presencia en películas de cine o en la televisión. En los últimos años se ha conocido que tanto estudios como artistas han formalizado contratos con empresas tabaqueras que llevan a los atractivos protago-

nistas de las películas a fumar visiblemente, o incluso a hacer comentarios favorables a marcas de tabaco. Estos se intensificaron en los años 1980, y se ha documentado que en la siguiente década se incrementó la presencia de tabaco en el cine de Hollywood, en especial en películas aptas para menores. Hay documentos internos de la industria tabaquera, revelados en juicios en América del Norte, que así lo documentan, y los trabajos de Stan Glantz y sus colaboradores en la Universidad de California lo han evidenciado ampliamente.

Mad Men es una serie de televisión de éxito, que muchos consideramos una muestra de arte. En los últimos años, parte del talento creativo que tiempo atrás se manifestaba en el cine se ha desplazado a series de televisión de cadenas como AMC o HBO, y Mad Men es una parte de este proceso. Al estar ambientada en los años 1960, cuando fumar era muy habitual en los Estados Unidos, el tabaco tiene en la serie una presencia importante, lo que lleva a formular este análisis que se ha hecho desde una doble perspectiva: la propia de un aficionado a la serie y la de un profesional de la salud pública implicado desde hace años en la prevención del tabaquismo.

El contexto histórico de Mad Men

La serie *Mad Men* se estrenó en 2007 en los Estados Unidos, en el canal de televisión por cable AMC, y acabó en 2015, tras siete temporadas. Ambientada en Nueva York a lo largo de los años 1960, se centra en una agencia de publicidad situada en la avenida Madison (de ahí la referencia a los *Mad men*, los hombres de la avenida Madison en la jerga de los publicistas que trabajaban en las numerosas agencias situadas en esa época en la zona). Siguiendo la trayectoria del creativo Don Draper y las personas que le rodean en su entorno personal y profesional, la trama se centra en el negocio de las agencias de publicidad y en la vida de los protagonistas durante unos años de cambios trepidantes en los Estados Unidos, hasta los años 1970. Este periodo facilita que en la serie estén constantemente presentes, en imágenes o diálogos, el fumar cigarrillos, el consumo de alcohol, un sexismo pertinaz, el naciente feminismo, frecuentes adulterios e infidelidades, la homosexualidad oculta y la homofobia, el anti-semitismo, y muestras de flagrante racismo. A lo largo de la serie suceden hechos que impregnan las escenas: Kennedy gana las elecciones, la píldora anticonceptiva entra en el mercado, estalla la guerra de Vietnam, se documenta el daño que hace el tabaco... Sin embargo, quizá su eje, los grandes temas subyacentes en la serie, sean el engaño entre las personas y la identidad, con protagonistas que viven entre mentiras, ocultando elementos clave de su identidad, su vida y su pasado, y que además constantemente están engañando a las personas que les son más cercanas. Se da un cierto paralelismo entre estos aspectos y el núcleo de la actividad de la agencia de publicidad, que construye una imagen irreal de las marcas y productos que promociona ante los consumidores.

A principios de los años 1960, el consumo de tabaco en los Estados Unidos había alcanzado su punto álgido. Hacía décadas que en los varones adultos su uso era mayoritario, y desde mediados de la década de 1940 había sido adoptado también ampliamente por las mujeres. Su aceptación social era alta. Se fumaba en el trabajo, en los trenes, en los bares y restaurantes... La

publicidad con frecuencia hacía invocaciones a presuntos beneficios de una u otra marca, y a su carácter menos irritante. No era infrecuente mostrar a profesionales sanitarios en los anuncios de cigarrillos. En 1965, la prevalencia del consumo era del 42,4% (un 51,9% en los varones y un 33,9% en las mujeres).

Los primeros estudios que mostraron de forma incontrovertible el daño causado por el tabaco se publicaron en los años 1950, y entre ellos destacan el estudio prospectivo de Richard Doll en el Reino Unido y el estudio de casos y controles de Ernest Wynder en los Estados Unidos. Este conocimiento iba circulando en los ambientes profesionales y tenía algún eco en la prensa, pero no fue hasta principios de los años 1960 cuando la relación entre el tabaco y el cáncer respiratorio y otras enfermedades pasó a ser aceptada de forma general y alcanzó masivamente al público a través de los medios. Los detonantes fueron el informe del Real Colegio de Médicos de Londres de 1962, en Gran Bretaña, y la publicación del informe del Comité Asesor del Surgeon General en 1964, en los Estados Unidos. Las estadísticas sobre consumo de tabaco muestran el impacto del informe del Surgeon General, que marcó un claro punto de inflexión, ya que su publicación comportó numerosos abandonos del tabaco. De este modo, 1963 fue el año de mayor consumo de tabaco per cápita en los Estados Unidos (se ha estimado en 4345 cigarrillos por habitante mayor de 18 años). Tras el informe del Surgeon General de 1964 se fueron aprobando, en numerosos Estados y ciudades, regulaciones orientadas a reducir el tabaquismo. Este proceso ha llevado a la situación actual, en que fuma un 20% de los adultos estadounidenses, proporción que en la ciudad de Nueva York baja hasta un 14% de la población. En la ciudad no está permitido fumar en los lugares de trabajo, los medios de transporte público, los bares y restaurantes, ni tampoco en las playas y los parques (la multa por fumar en un parque público es de 50 dólares). El coste de los cigarrillos es alto debido a los impuestos específicos (en Nueva York, su precio medio es de 12 dólares). No puede venderse tabaco a los menores de 21 años en la ciudad. Finalmente, los mensajes contrarios al tabaco y



los estímulos para dejar de fumar están muy presentes.

Los momentos clave del tabaco en la serie

A lo largo de la serie, la presencia del tabaco es constante. El protagonista, su mujer y buena parte de los personajes adultos son fumadores. La ausencia de regulación sobre el tabaco en la época comporta que fuman en la oficina, fuman en las reuniones, fuman en bares y restaurantes... Fuman en todo momento. Pero además de esta omnipresencia del tabaco, hay tres momentos clave en los que el tabaco no es sólo parte del ambiente sino que pasa a tener un papel de primera fila. Ocurre en el primer episodio de la primera temporada (centrado en la publicidad del tabaco), en el duodécimo de la cuarta temporada (en el que se habla del daño que hace el tabaco), y al final de la séptima y última temporada (el cáncer de pulmón afecta a uno de los personajes principales). Hay que revisar estos momentos.

En el primer episodio (que por cierto se titula *Smoke gets in your eyes*, como la canción de The Platters), la agencia está intentando conseguir un contrato importante con la empresa que fabrica la marca de cigarrillos Lucky Strike. Ha de afrontar la creciente percepción social de que el tabaco es malo para la salud (algo que acaba de publicar el *Reader's Digest*), y la prohibición por parte de la Federal Trade Commission de usar invocaciones a la salud en su publicidad como antes era habitual (los directivos de la tabaquera despotrican de estos obstáculos a su *marketing*, con menciones a Rusia y al comunismo). Para preparar la reunión, Don Draper mantiene conversaciones aparentemente triviales con fumadores de su entorno, indagando en sus motivos para fumar y para elegir una marca. También tiene un encuentro con una asesora médica, una psicoanalista que invoca la pulsión por la muerte como elemento subyacente en los fumadores. En la reunión con los responsables de la tabaquera, que se desarrolla de forma bastante delirante y en la que por supuesto cualquier preocupación sobre el daño que pueda causar el tabaco es rechazada o ignorada (aunque como buenos fumadores tosan de manera visible), Don Draper,

que estaba bloqueado, tiene de golpe una súbita inspiración y propone una campaña publicitaria que se aparta de las habituales hasta entonces. Plantea ignorar toda preocupación sobre el tabaco y la salud, y buscar conexiones con la aspiración a la felicidad de los clientes: basándose en los relatos y la identidad de los fumadores, apunta a construir la imagen de la marca basándose en colores, logos y eslóganes. Pura publicidad: Lucky Strike, *It's toasted*. Si Lucky Strike ya era una marca que jugaba con las palabras (literalmente es «golpe de suerte»), *It's toasted* (está tostado) se refiere a que en su manufactura este tabaco se tuesta en vez de sólo dejarlo secar (lo hacen otras marcas, pero ellos decidieron singularizarlo), y por otra parte busca conectar con el cliente invocando la tostada matutina y la tranquila cotidianeidad. Éxito seguro (por cierto, este relato es pura ficción, pues *It's toasted* fue un eslogan acuñado décadas antes).

Al final de la cuarta temporada, Lucky Strike abandona la agencia publicitaria tras 25 años de contrato e inicia un contrato con otra compañía. En el episodio 12, titulado *Blowing smoke* (Echando humo), la viabilidad de la agencia parece amenazada por las consecuencias de este cambio, que afecta a su imagen. Un intento de captar a Philip Morris para sustituirla fracasa. Don Draper reacciona y escribe una carta al *New York Times* titulada *Por qué dejo el tabaco*, en la que proclama que se alegra de dejar de publicitar un producto que mata a sus usuarios y que no aceptará más tabaqueras como clientes. Además, convierte esta carta en un anuncio de una página. Por supuesto, todos siguen fumando en la oficina, mientras la agencia tiene dificultades económicas serias y ha de despedir personal. Pero en el siguiente episodio capta nuevas cuentas y empieza conversaciones con la American Cancer Society como posible cliente, como resultado del anuncio de Don Draper contra las tabaqueras.

En la séptima temporada, al final de la serie, la atractiva Betty (ex mujer de Don Draper), ex modelo y gran fumadora, se somete a exploraciones tras sufrir problemas de salud y recibe el diagnóstico de cáncer de pulmón. Le anuncian que su pronóstico es infausto a pocos meses, aun-

que puede llegar a sobrevivir un año si se trata agresivamente, a lo que se niega. Se prepara así para su próxima muerte, comunicando la situación a su entorno, mientras organiza el futuro de sus hijos... y sigue fumando. Además, en el episodio final aparece también Roger Sterling, el personaje de todos los excesos, con infartos en su haber desde la primera temporada. Y aparece fumando, bebiendo y pidiendo langosta y más champán, junto a su joven pareja.

El consumo de tabaco en la serie y en la época

Como se ha dicho antes, el consumo de tabaco en la serie refleja la realidad a lo largo de los años 1960. En el arranque de la serie, situado en 1960, fumar es mayoritario entre hombres y mujeres adultos, salvo en los ancianos. Los fumadores fuman en todas partes: por supuesto en su casa, pero también en el tren camino de la ciudad, en la oficina, en el bar y en el restaurante. Naturalmente, esto comporta que los fumadores fuman mucho; los primeros datos nos dicen que en 1965 buena parte de los fumadores fumaba más de un paquete al día. Por tanto, los niveles de consumo que se muestran en la serie son totalmente congruentes con la realidad del momento.

Otro elemento a comentar es que la hija adolescente de Don y Betty se inicia fumando a escondidas, algo que también parece reflejar con cierto realismo el proceso por el que algunas personas empezaban a fumar en aquel momento. Destaca también cómo su madre, deseosa de mejorar su relación con ella, le ofrece en una escena un cigarrillo, un acto que busca generar complicidad. Para las personas de mi generación, esto no era un suceso extraño en el entorno familiar, o con algunos profesores. Hoy en día chocaría claramente con nuestra actual sensibilidad.

La serie está ambientada en una agencia de publicidad, de modo que esta ocupa un espacio relevante. No existían límites a la publicidad del tabaco en aquellas fechas; la prohibición federal de la publicidad del tabaco en medios electrónicos (radio y televisión) llegaría en los años 1970.

La realidad es que el gasto en publicidad de la industria del tabaco era entonces muy inferior al de los inicios del siglo **xxi**. Lo que muestra la serie es bastante fidedigno, siendo el tabaco una de las cuentas importantes para una agencia de publicidad. Hasta inicios de la década de 1960, las campañas de publicidad no dudaban en invocar presuntos beneficios del fumar, involucrando a médicos y otros sanitarios en los anuncios. Ante la inquietud por los daños causados por el tabaco, la publicidad se reorientó para transmitir sentimientos de felicidad, tranquilidad y cotidianidad vinculados a la identidad de sus clientes y sus aspiraciones. No aparecen inicialmente menciones a captar adolescentes ni a la segmentación del mercado por sexo o raza (aunque en posteriores episodios ambientados a finales de los años 1970 sí aparece una campaña de Philip Morris dirigida específicamente al mercado femenino). A mi entender, es probable que la omnipresencia de la publicidad y la realidad del consumo en 1960 hicieran innecesaria cualquier segmentación. En la cuarta temporada, en el episodio ya relatado que está ambientado en 1965, cuando Don Draper hace público que la agencia no aceptará publicitar más el tabaco por ser un producto dañino para sus clientes, este está intentando dar la vuelta a la pérdida de su mayor cuenta para intentar situarse a favor del viento tras la publicación del informe del Surgeon General de 1964. En posteriores episodios, la American Cancer Society organiza un acto en su honor y parece una buena oportunidad para captar nuevos clientes, pero se nos informa de que los directivos de las grandes compañías presentes en la cena consideran a Don Draper como alguien poco fiable por la publicación de la carta sobre el tabaco.

Las consecuencias del tabaco: realidad e imagen

Las consecuencias negativas del tabaco aparecen en la serie. El cáncer de pulmón de Betty, diagnosticado a una edad insólita por su juventud, es probablemente el más llamativo (aunque su presencia se limite a los dos últimos episodios de la temporada final, en un conjunto de 92 epi-



sodios). Las coronarias de Roger Sterling están allí desde el primer día, y el tabaco comparte con otros factores de riesgo su papel causal, pero esto no impide que Roger siga fumando y en general dé la imagen de hacer todo tipo de cosas que ponen en peligro su salud sin dejar de pasarlo bien. En las temporadas finales emerge la tos de Don (y sus problemas con el alcohol), lo que no le impide seguir fumando. Hay menciones a otros riesgos vinculados al fumar. Tal vez destaque que la explosión que desencadena uno de los ejes de la trama de la serie (la identidad falsa de Don tras la guerra) sea el resultado de la caída de su encendedor en el combustible derramado. Incluso hay una escena en que la madre de Megan se queda dormida en la cama con un cigarrillo encendido, planteando un riesgo que su hija resuelve discretamente. En general, las consecuencias del tabaco están presentes, pero ocupan poco espacio. Por tanto, aunque es bien cierto que la serie no las rehuye, apenas las comunica al público. Por lo que respecta al tabaco, el espectador de *Mad Men* recibe básicamente muchas imágenes de personas fumando mucho, que transmiten un mensaje de que fumar es una conducta normal. Esta era la percepción social en los años 1960, pero afortunadamente hoy no es así, ni en los Estados Unidos ni en España. De aquí emerge una cierta disonancia.

El tabaco y la libertad de expresión

Como otras series de televisión y películas, *Mad Men* plantea algunos dilemas. Como ya se ha comentado, es bien sabido que durante años las grandes tabaqueras pagaron a la industria del cine y de la televisión para garantizar su presencia en ellas como forma de promoción. El tabaco está muy presente en *Mad Men*, y por supuesto destaca la marca Lucky Strike. A lo largo de la serie, muchas otras marcas de productos aparecen, y buena parte siguen en el mercado hoy en día (Jack Daniels, Gillette, Playtex, Maidenform, Cadillac, Volkswagen...), por lo que se ha especulado bastante sobre el *product placement*. Según Matthew Weiner, creador y productor ejecutivo de la serie, las compañías que pagaron por ello fueron solo tres: Jack Daniels, Heineken

y Unilever (además de Hilton, que aparentemente hizo un pago tras aparecer en un episodio, como expresión de gratitud). Las demás marcas y productos que aparecen (hasta un centenar) lo harían para dar más realismo a la serie, sin acuerdos comerciales. No hay que olvidar que hay tramas, especialmente en ciertas épocas y lugares, en que la ausencia del tabaco podría llevar a afectar a la verosimilitud. Esto no sólo es cierto para el tabaco, sino que también lo es para el alcohol, para el sexo y, en realidad, para muchos comportamientos humanos y aspectos de la vida cotidiana que pueden relacionarse con la salud o con las creencias de una parte del público.

Sabemos que para reducir el consumo de tabaco en los adolescentes hay que prohibir las diversas formas de su publicidad y promoción. He documentado personalmente las prácticas arteras de la industria tabaquera en nuestro país, que desentonan totalmente con los códigos de autorregulación que decían adoptar, y he sido un actor activo en el proceso que llevó a la Ley 28/2005 que reguló esta cuestión de forma muy positiva. Sin embargo, creo que la frontera entre libertad de expresión y censura a veces resulta difícil de deslindar, y mis valores también están a favor de la libertad de expresión, incluso cuando desafía a las opiniones hegemónicas. Constató que cada vez que veo en la televisión la reposición de la entrega de *La jungla de cristal* que muestra a Bruce Willis fumando con fruición maldigo a las tabaqueras, que pagaron para garantizar que así fuera. Y sin embargo, cuando veo la tercera película de la trilogía *El Padrino*, que también recibió fondos de la industria tabaquera, no puedo hacerlo. Quizás la diferencia esté en el distinto goce que una y otra me procuran, pero quizás sea simplemente un reflejo de los dilemas que a cierta edad percibimos que nos trae la vida.

Mad Men tiene, como tantas obras complejas, varios niveles de lectura. Para un nivel superficial y de visión ocasional de la serie, creo que transmitirá un mensaje favorable a fumar, que es lo visible. Para otro nivel, de visionado completo, el mensaje será más complejo. Y para otro, que además de completo será tal vez más sofisticado y captando los detalles de la serie,

emergerá seguramente un mensaje contrario al tabaco, por la caracterización de la industria y por la visibilidad de las consecuencias al final de la serie. Me parece que, en conjunto, en la vida de las personas que vemos Mad Men, el impacto global esperable que pueda tener en

nuestra conducta tabáquica será probablemente modesto. Por ello, consciente de la presencia del tabaco, pero también del disfrute que me ha proporcionado, y teniendo en cuenta los valores en los que creo, la recomiendo a mis amigos sin reparo alguno.



The Walking Dead y el imaginario de la epidemia

Josep M. Comelles y Enrique Perdiguero Gil

Si bien Mad Men y Breaking Bad son las dos series que han dotado al canal por cable AMC de un prestigio a la altura de su competidor, Premium HBO, esta historia postapocalíptica basada en un cómic de Robert Kirkman y centrada en un mundo repleto de zombis es la que ha logrado proporcionarle audiencias millonarias, superiores incluso a las de muchas producciones en abierto. Estrenada en 2010 con más de cinco millones de espectadores, ha logrado multiplicar esta cifra por tres en sus últimas temporadas, rozando los quince millones. Tal recibimiento ha permitido a la AMC probar suerte con una secuela ambientada en Los Ángeles, Fear The Walking Dead, jugada que por el momento le ha salido bastante redonda.

Aunque series como Mad Men, Breaking Bad, Fargo o True Detective acaparan los principales premios internacionales, a la luz de los datos de los países que publican niveles de audiencia The Walking Dead es la serie más vista de las que emite la televisión por cable. Lo mismo ocurre en España. ¿Se trata de un ejemplo más de la preferencia del público por la acción y la violencia frente a argumentos alambicados y sesudos? Puede ser, pero lo cierto es que la serie trata de ir más allá del estereotipo de serie de terror y trata de analizar hasta dónde puede llegar el ser humano cuando intenta sobrevivir. The Walking Dead no sólo ha cosechado el aplauso del público, sino que también ha atraído el interés académico. Tesis, monografías y docenas de artículos de revistas científicas se ocupan de los caminantes y de los grupos de supervivientes. Al socaire de este éxito, los zombis y los no muertos vuelven a concitar la atención, porque The Walking Dead es un eslabón más en la cadena de productos audiovisuales que se han ocupado de estas figuras. En las páginas que siguen señalamos algunos de los hitos cinematográficos relacionados con

los muertos vivos, su estrecha relación con los imaginarios sobre las epidemias y como esta tradición cristaliza en la serie, con sus peculiaridades.

Epifanía de los no muertos

En 1943, Jacques Tourneur dirigió la película *Yo anduve con un zombi*, poco después de la publicación de *Voodoo death*,¹ un artículo fundacional, basado en fuentes etnográficas, acerca de los mecanismos fisiológicos relacionados con la muerte vudú. El muerto viviente y la medicina psicosomática eran traídos a colación a partir de un antiquísimo debate sobre la capacidad de la brujería y la hechicería para emplazar y condenar almas a vagar por los caminos, como la Santa Compañía que ronda los bosques de Galicia y lleva a los vecinos a encerrarse tras el ocaso y edificar *cruceiros* en las encrucijadas de caminos para conjurarla.

Tourneur supo reflejar el misterio de la frontera entre lo vivo y lo muerto, la relación íntima entre la realidad y la psicopatología, mediante un

¹ Escrito por Walter B. Cannon en la revista *American Anthropologist*, en 1942.

prodigioso y elegante empleo de elipsis visuales en torno a una bellísima muerta viviente. Supo representar visualmente el misterio de la santería en una clínica para trastornos psiconeuróticos. Supo reflejar, antes y mejor que *El rostro* (1958) de Ingmar Bergman, el contraste entre las creencias y las prácticas culturales de la magia y el racionalismo médico, porque a diferencia del director sueco, habla del presente y no de una estampa del pasado.

Los no muertos, almas errantes perdidas, forman parte de un imaginario cultural antiguo, que recobra vigor con el romanticismo de los Grimm y de los folkloristas, los *Cuentos de la Alhambra* (1832) de Washington Irving, muchos de los cuentos de Edgar Allan Poe, las *Leyendas* (1854-1864) becquerianas y la recuperación del folklore oriental.² Bishop (2010) considera, erróneamente, que los zombis en el cine responden a aspectos muy idiosincráticos de la cultura americana del siglo xx. No tiene en cuenta la genealogía de los no muertos en la literatura y en el cine europeos. Espíritus que se hacen carne pueblan historias contadas a la vera del hogar, mientras el viento ruge y la lluvia golpea las ventanas. En pleno positivismo, Allan Kardec (1804-1869) quiso traerlos a la vida. En torno de los veladores, los creyentes invocaban su presencia, flujos de aire sin aire agitaban visillos, y los vivos entraban en trance abducidos por los espíritus. En *El fantasma de Canterville* (1887), Oscar Wilde ironizó sobre los americanos que se mofaban de los fantasmas británicos, y en *Drácula* (1897), Bram Stoker hizo entrar a los no muertos en los salones victorianos como si de un vector epidémico se tratase. La epifanía cinematográfica de los no muertos debe atribuirse a *Nosferatu* (1922), de F.W. Murnau, palimpsesto de la obra de Bram Stoker, extraordinaria recreación visual entre el expresionismo y el neorromanticismo. *Nosferatu* emerge de su ataúd en la sentina de un bergantín-goleta donde ya no quedan almas vivas y de la que las ratas se enseñorean, hasta llegar a un Bremen romántico. Ratas, veleros, cuarentenas, epidemias... Tras la

Primera Guerra Mundial, la mortífera «gripe española» supone la recuperación en el imaginario cultural de Occidente del temor a la peste, un escenario en el que las ratas llegan por mar en las bodegas de los buques e invaden silenciosamente las ciudades transportando la muerte negra. El buque fantasma, el «holandés errante», forma parte todavía de un imaginario construido sobre la experiencia de veleros a la deriva en los que una epidemia ha matado a la tripulación y al pasaje, y yerran al son del viento y las corrientes sin hallar la paz. También es un bergantín-goleta el improbable transporte en los años 1940 que lleva a la protagonista de *Yo anduve con un zombi* a su destino en las Indias Occidentales Británicas (¿un homenaje visual a Murnau?). De este barco, sin embargo, no surgen ratas, ni no muertos, ni epidemias, puesto que la brujería está en la isla y forma parte de un mundo que choca con el racionalismo de los clínicos.

Una cinematografía de los errantes

La magia visual de Murnau y de Tourneur quizás se haya desvanecido en el tiempo y en los tapices de la memoria. Tras la Segunda Guerra Mundial, el cine recuperó al vampiro Drácula, pero no al zombi. Queremos soñar que Tourneur puso el listón tan alto, en términos de sofisticación y elegancia narrativa, que los creadores posteriores no osaron seguir sus huellas pese al extraordinario interés de los «dráculas» que produjera la Hammer británica interpretados por Christopher Lee, en los que se exploraron las dimensiones sexuales y eróticas del vampirismo. Entre el neorromanticismo de Murnau, la monstruosidad del *Nosferatu* y el goticismo y la elegancia británica de Christopher Lee, hubo, sin embargo, una continuidad narrativa y visual. Hasta que un oscuro realizador, George R. Romero, dirigió, el año del mayo del 68, de la escalada en el Vietnam y de los disturbios raciales en Pittsburgh tras la muerte de Martin L. King, *La noche de los muertos vivos* (1968). En plena Guerra Fría, los muertos

² Lafcadio Hearn (1904) supo verlo en la cultura japonesa. Algunas de sus historias dieron lugar a una obra maestra del cine sobre los no muertos, el episodio «La mujer nívea» en la maravillosa *El más allá* (1964), de Masaki Kobayashi.



putrefactos resucitan, salen podridos de ataúdes revueltos, como Lázaro, con los mismos gestos que *Nosferatu*, por razones mal explicadas, y se alimentan de los vivos hasta que su cerebro es destruido.

Si en *Nosferatu* la narrativa pone en relación la peste y el vampiro jugando con el imaginario cultural, en 1968 las epidemias ya no eran percibidas como una amenaza, pero sí el contexto apocalíptico de la radiactividad. La elegancia entre burguesa y aristocrática de *Drácula*, de Bela Lugosi a Christopher Lee, y su capacidad de manipulación de las relaciones sociales para afirmar su poder y alimentarse de la sangre de los vivos, desaparece en manos de cuerpos putrefactos, retorcidos, sanguinolentos, sucios, de movimientos instintivos. Antecedentes los hubo en las representaciones de Mr. Hyde en las sucesivas versiones cinematográficas de la novela de Stevenson, pero Hyde es nuestro yo oculto, sin sentimientos, frío y calculador, violento, mientras que los caminantes son la bestia en sentido estricto. Se mueven por un instinto eléctrico y sólo responden a estímulos simples, el ruido y la expectativa de la carne.

La noche de los muertos vivientes podría considerarse como un docudrama sobre la primera noche del apocalipsis, quizás no tan lejos del relato bíblico, con millones de lázaros vagando por el mundo. La historia, que se inscribe en el contexto de los miedos presentes en la cinematografía estadounidense de los años 1950, pone de relieve la capacidad práctica de supervivencia de la especie humana y su ya absoluta dependencia de la tecnología. Al mismo tiempo, hace suya la locución *homo homini lupus* cuando se trata de sobrevivir entre presuntos iguales, a pesar de las estrategias de contención del brazo armado del Estado, que derivan rápidamente a la conculcación de cualquier noción de derecho y al enseñoramiento de la violencia.

La noche de los muertos vivientes, en un blanco y negro sucio, lúgubre y siniestro, cuando

el color caminaba hacia su absoluta hegemonía, es un producto cultural de la Guerra Fría, en el que la etiología de la plaga no se tiene en consideración, aunque los vivos canibalizados por los muertos, una vez fallecidos, se alían con sus depredadores. Si los vampiros victorianos abducían a sus víctimas y la maldición los convertía en doncellas cloróticas, o jóvenes anémicos, los caminantes de Romero son lázaros podridos que se apoderan del mundo³.

Instalado en el panteón de la cultura popular, el muerto viviente, de la mano de la genialidad de Romero y la cotidianeidad que retrataba para exponer la tragedia, se ha convertido en un icono de la sociedad posmoderna que lo ha digerido, lo ha vuelto a dotar de significado y, hasta cierto punto, lo ha despojado de su dimensión crítica sobre la sociedad norteamericana de finales del siglo xx, aunque buena parte de los estudios sobre el tema hacen referencia a distintos aspectos del discurso político presente en el cine y la televisión de zombis. *La noche de los muertos vivientes* se convirtió en una película de culto y en el punto de partida de un género que desbordaría los límites de la cinematografía e invadiría las novelas gráficas, o la que genera la serie que nos ocupa, *The Walking Dead*, ya a inicios del siglo xxi.

De plagas, epidemias y otras calamidades

Las epidemias, desde la referencia metafórica a la peste en *Nosferatu*, han sido un tema menos transitado que otros en el conjunto de la cinematografía centrada en el campo de la salud, la enfermedad y la atención del siglo xx. No obstante, hay varias películas que por su calidad, o su éxito, pueden ser destacadas. Citemos algunos ejemplos. *Pánico en las calles* (1950), de Elia Kazan, es hoy un interesante relato realista, lleno también de metáforas y simbolismos, con cierto valor etnográfico e histórico sobre las características de la investigación epidemiológica ante un

³ La fábula de Romero tuvo varias secuelas, en las que el cineasta emplea a los muertos vivientes para hablar de la supervivencia en una sociedad capitalista, como en *El regreso de los muertos vivientes* (1978), donde los vivos se hallan encerrados en la catedral del consumo, los grandes almacenes norteamericanos.

brote epidémico clásico, en un puerto, Nueva Orleans, a partir de un vector humano. Casi medio siglo después, *Estallido* (1995) refleja la respuesta técnica y los protocolos de intervención ante un brote de fiebre hemorrágica de origen viral importando a los Estados Unidos, algo que hace con mayor solvencia *Contagio* (2011). En *Pánico en las calles* (1950), el referente es la peste y la prevención; en las otros dos, el énfasis se pone en la capacidad tecnológica de respuesta a los brotes epidémicos. También aparece en *Contagio* la importancia de la investigación a pie de calle, algo que ya había mostrado la producción televisiva *En el filo de la duda* (1993), centrada en las investigaciones que condujeron al descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Antes de *Estallido*, y en el contexto de los miedos irracionales de la Guerra Fría con sus epidemias de avistamientos de ovnis, a los que el semanario español *El Caso* no dejaba de prestar atención, *La amenaza de Andrómeda* (1971), de Robert Wise, fue un ejercicio, aparentemente de ciencia ficción, para mantenerse en lo políticamente correcto, que ponía de relieve el problema de las armas biológicas y su más que probable confinamiento en instalaciones al margen de la mirada y del control de la ciudadanía. Lo más interesante es la visualización realista de los protocolos de funcionamiento de los, probablemente, primeros laboratorios especializados en el estudio de brotes epidémicos incontrolados. En el momento de su difusión no existía aún una conciencia colectiva, ni mucho menos un *moral panic* (Garland, 2008), en relación a cualquier epidemia que no fuese bacteriana. Ese mismo año hubo un pequeño brote de cólera en España. Entre *La amenaza de Andrómeda* y *Estallido*, con un cuarto de siglo de diferencia, el riesgo epidémico a partir de virus pasó a ser una amenaza más patente, si bien en ámbitos reducidos, como en el caso del virus de Marburgo o del Ébola. Se trata de un nuevo modelo de riesgos acantonados y limitados, basados en brotes violentos, pero modelados por discursos políticos y retóricas sobre la seguridad. El VIH-sida supuso, a pesar de su confinamiento inicial a determinados comportamientos y grupos de riesgo, la definitiva toma de conciencia sobre el

binomio epidemia-globalización, reavivada aún más en los últimos años por las alertas sobre la gripe aviaria, la gripe A (N1H1) o el último brote de enfermedad por virus Ébola.

Pero más allá de estas películas en las cuales surge el temor colectivo a la enfermedad que “estalla”, la idea del apocalipsis asociado a la epidemia está teniendo un desarrollo sorprendente en el cine y la televisión a partir de la emergencia del muerto viviente. No es un azar que *Blade* y *The Walking Dead* partan de dos novelas gráficas en las que la infección viral es la causa mayor del apocalipsis, en un contexto en que la amenaza de la guerra biológica, generada tras el 11-S, alimentó los temores populares.

Las tres franquicias cinematográficas de *Blade* (1998) y su secuela, *Blade: the series* (2006), se mantienen dentro de los esquemas clásicos del género de vampiros, con mayor violencia *gore*, muchísimo más sexo y un diseño de producción que emplea sistemáticamente el mundo presente como referente del submundo de la minoría vampira. Una tendencia reciente, ilustrada sobre todo por algunas series de televisión, se basa en utilizar muertos vivientes y vampiros como una minoría que consigue convivir con los humanos. Este es el caso de *True Blood* (2008-2014), *Being Human* (2008), *Crónicas Vampíricas* (2009-) y su *spin-off* *The Originals* (2013-), entre otras, pero sobre todo de la muy corrosiva miniserie británica *In the Flesh* (2013). La serie de la BBC acepta la hipótesis de la infección viral apocalíptica, sobre la que define un irónico «síndrome del parcialmente muerto» que permite, por un lado, un tratamiento muy interesante de la gestión de una enfermedad crónica, y por otro una disertación muy crítica sobre la tolerancia a la diferencia en la sociedad británica actual.

Caminantes caníbales y humanos asesinos

Cuando el canal AMC anunció la emisión de *The Walking Dead*, la crítica estaba atenta al hecho de que detrás de la serie se hallaban, entre otros, Frank Darabont, considerado uno de los mejores guionistas de Hollywood; Greg Nicotero, el prestigioso creador de efectos especiales⁴, y Gale Anne Hurd, exitosa productora. Además, era una



garantía que la idea y los guiones procediesen de los autores de la novela gráfica del mismo título, creada por Robert Kirkman. La lista de nombres hacía presagiar una serie de cierto nivel en un panorama televisivo que ha cambiado profundamente en los últimos años. Las series han supuesto nuevos lenguajes narrativos en relación al cine, y lo que es más importante, son accesibles a audiencias mundiales a través de Internet, lo que permite que amplios públicos tengan acceso a producciones de género que, en el cine, podrían ser más minoritarias.

En la genealogía de *The Walking Dead* están, sin duda alguna, tanto *La noche de los muertos vivientes* como *28 días después* (2002), pero con matices. En *La noche de los muertos vivientes*, la causa de la resurrección de los muertos no queda clara, pero están muertos, mientras que en *28 días después* y en *The Walking Dead* se habla de una infección de naturaleza más viral que bacteriana, lo que significa que los zombis no son «resucitados» sino «transformados», según la idea del síndrome del parcialmente muerto de *In the Flesh*. Sin embargo, la representación de los no vivos en *The Walking Dead* utiliza los mismos referentes que *La noche de los muertos vivientes*, y no la imagen del adolescente clorótico de la serie británica (más cercano a los vampiros adolescentes de la saga *Crepúsculo*, 2008-2012). La dramaturgia de la serie está, por tanto, alejada de la idea de enfermedad crónica, degenerativa o no, para situarse en un escenario mucho más próximo al modelo original del resucitado y que corresponde a una cultura que practica sistemáticamente la tanatopraxia y el embalsamamiento antes del entierro.

Aun así, al asumir la transmisión por mordedura, recupera además al vampiro, pero también al imaginario cultural del contagio de la rabia, un tema que tuvo un importante impacto cultural a principios del siglo xx. También invoca la demenciación hasta la animalización, cuyos referentes más obvios en la historia son los asociados a

la cuarta fase de la infección sifilítica, o los relacionados con el alcoholismo y la epilepsia. No obstante, en la serie se va más allá, pues se trata de una suerte de descerebración clínica, lo cual remite al mantenimiento de las estructuras filogenéticas más primitivas en el *homo sapiens sapiens* y que, curiosamente, se cura descerebrando físicamente al zombi.

El camino seguido por *The Walking Dead* se opone, por tanto, a la evolución actual del género vampírico, centrado en cuerpos postadolescentes o en versiones, más o menos acentuadas, de la virilidad, como la de Wesley Snipes en la saga *Blade*, o de Amazonas como Leonor Varela en *Blade II*, muy lejos del estilo varonil clásico de los dráculas de Christopher Lee.

Aunque en la representación clásica del zombi en *The Walking Dead* los referentes al teatro parisino del Grand Guignol (1897-1962) son bastante obvios, la estética de la serie, con un color deslavazado y un poco sucio, con cielos poco luminosos, trata de reforzar, al menos en términos del paisaje, un cierto tono documental. Probablemente porque de paisaje se trata, ya que si en *La noche de los muertos vivientes* los protagonistas son los muertos vivientes, no es el caso de *28 días después* y *The Walking Dead*.

Según García Novo (1989; 8-9) el término *epidemiai* se había interpretado como «visitas al extranjero», aunque matiza que el título probablemente hace referencia a «ser cogido de improviso». Corresponden ambas definiciones muy exactamente a dos temas fundamentales en *The Walking Dead*. Por una parte, la crisis que significa la epidemia, en este caso en su significado actual, muy bien narrada en el primer episodio. La plaga sorprende al protagonista, Rick Grimes, convaleciente en un hospital, y desde lo imprevisto se desarrolla al arco argumental de la primera temporada, centrado en la búsqueda de una vacuna y de la cura, que les lleva sin éxito al Center for Disease Control de Atlanta. Seguramente esta primera temporada, en realidad una

⁴ Su primer gran trabajo fue, precisamente, en un film de George G. Romero, *El día de los muertos* (1985). Se le considera uno de los herederos de la tradición de creadores de extrañas criaturas, como Ray Harryhausen y especialmente Tom Savini, con quien se formó.

miniserie de seis episodios, es la más luminosa de todas, al ilustrar la idea de la crisis, de lo inimaginable y, a la vez, el itinerario esperanzado de búsqueda de la salud del grupo fundacional.

A partir de la segunda temporada el tono cambia, una vez que se asume que es una epidemia sin control y que los medios que podrían haberla atajado han fracasado sin alternativa. Las soluciones «clínico-terapéuticas», ante las características de la infección, van a implicar respuestas contundentes. Por esa razón, en la tercera temporada Carol aplica la eutanasia y se amputa una pierna a uno de los miembros del grupo para detener la gangrena fruto de la mordedura infectada. Ya en la cuarta temporada, la pareja compuesta por el militar Abraham Ford y el Dr. Porter se propone como esperanza de curación, como argumento para sobrevivir.

No han sido el apocalipsis provocado por los «muertos parcialmente» y la búsqueda de una cura lo que ha supuesto el éxito popular y académico de esta serie, sino el modo de presentar la evolución de los que luchan contra los caminantes. En la mayor parte de las series apocalípticas (y en películas como *La Carretera*, adaptación de la novela de Cormac McCarthy), también en la que nos ocupa, los «buenos», esto es, los supervivientes de la raza humana que luchan por salvar ese patrimonio, evolucionan desde unas concepciones, digamos «democrático-americanas», a actitudes radicalmente totalitarias y filofascistas. La mirada sobre los caminantes es, fundamentalmente, racista, con un crescendo de violencia aparentemente imparable. Todo ello conduce a un colapso de valores justificado, en general, como una forma de salvaguardar los valores de la familia, en unos términos difícilmente comprensibles en Europa. En *The Walking Dead*, sobre todo en Rick Grimes, la evolución de los personajes hasta niveles de paranoia, a menudo clínicos, puede leerse también como lo que se llamaba una «epidemia psíquica», adoptando elementos de las descripciones clásicas de *folie à deux*, como resulta evidente en las actitudes de Rick y Carol de la quinta temporada. Por tanto, tenemos, por un lado, caminantes caníbales, pero también la transformación de los «buenos» en una colección de asesinos en serie que se

matan entre ellos, fruto de la paranoia que les invade. Así, el juego entre el infierno representado por «los otros» y el infierno en uno mismo va a ser una de las claves más fascinantes de la serie.

El argumento resultante de esta forma de «epidemia psíquica» subraya el uso masivo de tecnología bélica, que pone de relieve el grado de personificación por amplios sectores de la cultura norteamericana del fetichismo de las armas de fuego, incluida la ballesta. Aparentemente, esta situación es presentada, a menudo, de una manera cínica, como un modo de sobrevivir a toda costa a cambio de convertirse literalmente en asesinos, o si se quiere, en los nuevos pistoleros de esta nueva cinematografía que ha vuelto a dotar de significado las formas del *western* clásico.

Marta Allué ha escrito páginas sobre la supervivencia que contradicen directamente el modo de representación de esta en *The Walking Dead*. El argumento de su obra, basada en literatura concentracionaria y en una cuidadosa etnografía, es que la supervivencia es el producto de aprendizajes sociales y culturales, aun en situaciones de máxima violencia, como sobrevivir en campos de exterminio. La supervivencia, entendida como una práctica, no daría lugar a ningún tipo de patología, sino al despliegue de habilidades y al ensayo de las mismas para resistir. La diferencia de matiz está en que no son necesariamente «los aparentemente fuertes» los que sobreviven, un argumento nuclear en el diseño de los protagonistas de algunas series (en el caso que nos ocupa, el de Rick), sino aquellos que saben adaptarse mejor y al día a día de la supervivencia sin ser, necesariamente, líderes ni héroes. El mejor no sería el que muere, sino el que llega al final; pero de este personaje se desconfiaba, puesto que «ve a saber qué ha hecho». Allué no sitúa el eje de su argumentación en un modelo moral cristiano, algo que sí está muy presente en la ideología de los héroes y en la idea de redención por la muerte, otro tema común en los guiones de la serie. En cierto modo, sobrevivir es pasar desapercibido, pero en *The Walking Dead*, si lo haces, no sobrevives.

Las narrativas de supervivencia que aparecen en la serie suponen un contraste muy marcado. Así, en la caracterización de algunos personajes, especialmente en la evolución del protago-



nista Rick Grimes y en la frialdad moral de su hijo adolescente, Carl Grimes, ambos aparecen como héroes, a menudo despiadados. Frente a ellos están la lógica y el sentido común de Carol, mucho más próxima al modelo de supervivencia que describe Allué. En un momento determinado se ve obligada a ejecutar a una niña que ha enloquecido, precisamente porque ha enloquecido, y en las circunstancias que se describen pone en peligro a los propios miembros del grupo. El personaje de Carol, muy interesante, quizás el que más, representa una praxis de la supervivencia basada en una observación sistemática de los hechos y en tomas de decisiones racionales en circunstancias extremas que la llevan a ser desterrada por aplicar una medida inevitable en una circunstancia sin alternativa. El contraste entre Rick y Carol, cuidadosamente manejado por los guionistas, enlaza también con contextos culturales muy idiosincráticos de los Estados Unidos, en los que el peso del discurso moral y religioso en los medios matiza mucho la labor de los guionistas.

El salvaje en el espejo

Hace dos décadas, el antropólogo Roger Bartra (1992) publicó *El salvaje en el espejo*, un muy atractivo ensayo sobre el imaginario de la alteridad en la Europa medieval, en el cual las inmensas florestas ocultaban quimeras y personajes misteriosos, mujeres y hombres peludos, seres monstruosos. En la inmensidad de la selva medieval, los claros de las rozas o las ciudades eran espacios de luz. En *The Walking Dead*, a diferencia de la muy urbana *28 días después*, y con la excepción de la primera temporada, bosques, campos y florestas que cruzan carreteras y líneas de ferrocarril abandonadas son el espacio de los caminantes. Su transformación les convierte en seres que viven en la naturaleza, ocasionalmente encerrados en casas o almacenes de los que ignoran cómo salir, y que vagan de día y de noche en busca del que, suponemos, es su alimento. Frente a las ciudades desiertas, campos de caminantes. Frente a la idea de la cuarentena, o de la exclusión de los salvajes, o del internamiento de lo patológico en instituciones, los supervivientes, los cuerdos, en *The Walking Dead*, deben

vivir encerrados. Viven enclaustrados en refugios donde puedan atrincherarse, en pequeños reductos, condenados a salir para hacer aguada, o acumular alimentos, moviéndose a la intemperie en zona peligrosa, como la tropa recluida en los blocaos del ejército español en *Annual* rodeada por las hordas rifeñas. El mundo ha dejado de ser humano: la naturaleza, caminantes incluidos, ha tomado el relevo, y como en una nueva Edad Media, los refugios se rodean de muros teóricamente inexpugnables, o la mayor de las paradojas, la prisión y sus presos se convierten en espacio de libertad.

El juego de contrastes entre los peligros de la epidemia que imperan en el mundo natural y la necesidad de construir espacios para excluirse resulta interesante desde un punto de vista comparativo. La tipología es en sí misma sugestiva: en la segunda temporada, la alquería; en la tercera, la prisión libre frente a la ciudad del Gobernador, esclava, la estación ferroviaria y sus almacenes; finalmente, en la por ahora última temporada, la utopía urbana, que enlaza con la *Franceville de 500 millones de la Begum* (1879) de Jules Verne, se muestra higiénica, con un esbozo de sociedad civil que debe asimilar al grupo de supervivientes bárbaros que acompañan a Rick y Carol. A ella llegan a través del viaje iniciático consecuencia de la opción de llevar al sargento y al doctor (de nuevo la esperanza respecto a la cura) a su destino.

No sabemos cuál va a ser la evolución futura de la serie, que en la última temporada incide sobre todo en la reconstrucción, casi imposible, de una civilidad para quienes han ido viéndose despojados de su teórica humanidad en su viaje hacia la supervivencia. A lo largo de su periplo, en manos de la naturaleza, han pasado a compartir, como si de una epidemia se tratase, la paranoia y la profunda desconfianza en los propios seres humanos. Esta situación deriva, en parte, de su incapacidad de manejar otros recursos que no sean los de la sociedad tecnológica. No son campesinos, dependen de lo que queda en los supermercados, e incluso los animales domésticos han dejado de existir. Pero siempre queda gasolina para mover autos y camiones, y munición para alimentar los cargadores de los fusiles de asalto.

Conclusiones

No es seguro que *The Walking Dead*, a pesar de sus múltiples cualidades cinematográficas, pueda entrar en el grupo de series de culto de la última década. Hay mucha competencia. La producción académica sobre ella es, en sí misma, sorprendente, puesto que la mayor parte de los elementos que pone en juego proceden, tal como hemos mostrado, de una vieja genealogía cultural, tratada ya en el cine, y cuyas raíces están, como mínimo, en las culturas medievales europeas. Incluso la plaga, como tal, remite directamente al imaginario de las pestes medievales y modernas, y los caminantes a los no muertos que pueblan el folklore. Sin embargo, millones de espectadores en todo el mundo siguen con atención los episodios como si los zombis fuesen una novedad. Los artículos aventuran numerosas hipótesis, pero quizá solo sea ese “funciona” de los productos audiovisuales, tan difícil de explicar.

Bibliografía

- Aguado Peláez D. Imaginario postapocalíptico en las series de televisión norteamericanas tras el 11S: análisis de *The Walking Dead* (AMC, 2010-). En: Espacios de comunicación: IV Congreso Internacional de la Asociación Española de Investigación en Comunicación. Bilbao: Asociación Española de Investigación de la Comunicación; 2013. p. 1091.
- Allué M. *La piel curtida*. Barcelona, Bellaterra; 2008.
- Bartra R. *El salvaje en el espejo*. UNAM, Ediciones ERA; 1992.
- Berk I. *The Walking Dead as a critique of American democracy*. CineAction. 2015; 95.
- Bishop KW. *Dead man still walking: a critical investigation into the rise and fall... And rise of zombie cinema*. Arizona: University of Arizona; 2009. Ph. D. Dissertation.
- Bishop KW. *Dead man still walking*. Journal of Popular Film and Television. 2009;37:16-25.
- Bishop KW. *American zombie gothic: the rise and fall (and rise) of the walking dead in popular culture*. Jefferson, NC: McFarland; 2010.
- Carrasco Asenjo M, Jimeno Maestro J. La epidemia de cólera de 1971. Negar la realidad. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. 2006;4:583-97.
- Cocarla S. *Reclaiming public spaces through the performance of the zombie walk*. En: Smith R. Braaaiinnnnss! From academics to zombies. Ottawa: University of Ottawa Press; 2011.
- García Novo E. *Introducción a los libros de epidemias*. En: *Tratados Hipocráticos V. Epidemias*. Traducción, introducciones y notas de Alicia Esteban, Elsa García Novo y Beatriz Cabellos. Madrid: Gredos; 1989. p. 7-19.
- Garland D. On the concept of moral panic. *Crime, Media, Culture*. 2008;4:9-30.
- Gubern R, Prat Carós J. *Las raíces del miedo: antropología del cine de terror*. Barcelona: Tusquets; 1979.
- Hand RJ, Wilson M. *Grand-Guignol. The French theatre of horror*. Exeter: University of Exeter Press; 2002.
- Hand RJ, Wilson M. *London's Grand Guignol and the theatre of horror*. Exeter: University of Exeter Press; 2007.
- Hand RJ, Wilson M. *Performing Grand-Guignol. Playing the theatre of horror*. Exeter: University of Exeter Press; 2015.
- Hearn L. *Japan. An attempt of interpretation*. New York: Macmillan; 1904.
- Lavia D. *Epidemias y pandemias en el cine*. Quintadimension, marzo de 2009. (Consultado el 13 de mayo de 2014.) Disponible en: <http://www.quintadimension.com/televicio/index.php?id=243>
- Lavia D. *Epidemias y pandemias fantásticas en el cine*. Cinefania, marzo de 2009. (Consultado el 13 de mayo de 2014.) Disponible en: <http://www.cinefania.com/terroruniversal/index.php?id=188>
- Nuckolls C. *The Walking Dead as conservative cultural critique*. Journal for Cultural and Religious Theory. 2014;13:102-10.
- Pirie D, Ibeas Delgado JM. *El vampiro en el cine*. Barcelona: Círculo de Lectores; 1977.
- Porras-Gallo MI, Davis RA. *The Spanish influenza pandemic of 1918-1919*. Rochester: University of Rochester Press; 2014.
- Pulliam JM, Fonseca AJ. *Encyclopedia of the zombie. The Walking Dead in popular culture and myth*. Santa Bárbara, CA: ABC-CLIO; 2014.
- Rawlings R. *Survivors and victims: gothic feminism, deconstruction and colonialism in “I Walked With A Zombie”*. Meaghan Walsh Issues In Cinema Theory; 2008 (Spring).
- Redfern N, Steiger B. *The zombie book: the encyclopedia of the living dead*. Canton, MI: Ink Visible Press; 2015.
- Roche D. *Resisting bodies: power crisis/meaning crisis in the zombie film from 1932 to today*. Revue Interdisciplinaire «Textes & contextes», No. 6 (2011). Discours autoritaires et résistances aux XXe et XXIe siècles. 28 novembre 2011. (Consultado el 13 de mayo de 2015.) Disponible en: <http://revuesshs.ubourgogne.fr/textes&contextes/document.php?id=1355>
- Tabernero Holgado C, Perdiguero Gil E. *El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad*. Revista Medicina y Cine. 2011;7:44-53.
- Tabernero C, Perdiguero-Gil E. *Cine y medicina: imágenes sobre la salud y la enfermedad*. En: Brigidi S, editor. Cultura, salud y cine. Tarragona: Publicacions URV; 2015.
- *Tratados Hipocráticos V. Epidemias*. Traducción, introducciones y notas de Alicia Esteban, Elsa García Novo y Beatriz Cabellos. Madrid: Gredos; 1989.



Angels in America, The Normal Heart y Positius: VIH y sida en las series de televisión

Aina Clotet y Marc Clotet, con el asesoramiento de Bonaventura Clotet

*Aunque el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida han sido tratados en series de tema homosexual, como *Queer as folk* (Channel 4, Showtime) o *Looking* (HBO), lo cierto es que de momento sólo han encontrado en formatos más cortos un tratamiento más profundo. Tal es el caso de *Angels in America*, miniserie producida por la HBO en 2003 y que narraba la difusión de la pandemia en plena era Reagan, y la más reciente *The Normal Heart* (2014), también de la HBO, una tv-movie que viajaba un poco más hacia atrás en el tiempo para describir los primeros años de desconcierto en torno a un virus desconocido. Pero pocas veces esta infección ha sido tratada en televisión lejos del estigma gay. Un ejemplo lo encontramos en el telefilme de TV3 *Positius* (2007), protagonizado por dos mujeres heterosexuales afectadas por la enfermedad.*

¿Cómo reacciona una sociedad ante la amenaza de una nueva enfermedad? ¿Y si esa enfermedad sólo afecta –aparentemente– a un colectivo concreto? ¿Cuánto tiempo tarda un gobierno en dar respuesta? ¿Cómo se gestiona el miedo a lo desconocido? Y una vez ya es conocido, ¿cómo se desarrolla el estigma? ¿Cómo se transforman tu mundo y el de tu entorno? ¿Cambian tus prioridades en la vida? Para responder a estas preguntas que surgen alrededor del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) analizaremos las ficciones norteamericanas *Angels in America* y *The Normal Heart*, y la catalana *Positius*; la primera es una miniserie y las otras dos son *tv-movies*.

En ambas producciones americanas, el estigma que provoca el VIH es contado, mayoritariamente, a través de protagonistas masculinos; hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y que, además de enfrentarse a la enfermedad, deben hacerlo al rechazo social que genera una enfermedad asociada al libertinaje sexual y la homosexualidad. En cambio, en *Positius* las protagonistas son mujeres heterosexuales las afectadas por la enfermedad. Comenzaremos hablando de las producciones americanas, pues las dos se

suceden cronológicamente en el tiempo, para acabar viendo cómo nuestra ficción ha tratado la terrible epidemia.

En *The Normal Heart* se retratan los primeros años del sida, una época en la que se ignoraba casi todo sobre lo que, inicialmente, se calificó como «el cáncer gay» y cuya causa era absolutamente desconocida. La infección sólo se reconocía cuando el paciente desarrollaba sarcoma de Kaposi, un cáncer causado por un virus que provoca la aparición de lesiones de color púrpura en la piel, los ganglios linfáticos y otras partes del cuerpo.

Ambientada entre 1981 y 1984, la *tv-movie* relata cómo la sociedad, el gobierno (con un presidente Reagan recién llegado a la Casa Blanca) y el sector médico estadounidense decidieron ignorar la expansión inicial de la epidemia. Los protagonistas son un grupo de activistas homosexuales que emprenden una odisea para reclamar atención ante una infección que, parece, solo les afecta a ellos. El guionista Larry Kramer se basó en su propia experiencia, en la Nueva York de principios de los años 1980, para concebir este telefilme que obtuvo diversos premios en 2014, entre ellos el Emmy a la mejor *tv-movie*.

La miniserie *Angels in America* se desarrolla justo después, en 1985, año en que Reagan sigue en la Casa Blanca, pero el sida ya no es una palabra desconocida, aunque sí muy estigmatizada. La miniserie se centra en la historia de cinco personas (cuatro hombres y una mujer) afectadas de un modo u otro por la enfermedad. Los cuatro hombres practican sexo con hombres, aunque uno de ellos, republicano y mormón, está casado con una mujer. La producción ganó once Emmy y cinco Globos de Oro, incluido en ambos casos el premio a la mejor miniserie.

Patologías que presentan los protagonistas

Ninguna de las dos ficciones profundiza en el tratamiento médico de la infección, aunque *Angels in America* es algo más explícita en cuanto a los síntomas. Dos de sus protagonistas, Prior Walter (Justin Kirk) y Lou (Ben Shenkman), son pareja hasta que el primero confiesa que ha contraído el VIH. Cuando Lou cuestiona la veracidad del diagnóstico, Prior Walter enumera los síntomas: lesiones por sarcoma de Kaposi, presencia de proteína en la orina (debido a la afectación de los riñones por el VIH), diarrea y heces con sangre.

El otro personaje infectado es Roy Cohn (Al Pacino), un republicano muy influyente que oculta su homosexualidad para mantenerse en el poder. Cohn acude al médico con un cuadro clínico de lesiones por sarcoma de Kaposi, inflamación de las glándulas del cuello, las ingles y las axilas, candidiasis oral y hongos bajo las uñas.

Desconocimiento de las vías de transmisión

The Normal Heart, por su parte, basa el punto de vista médico en la relación que el protagonista, Ned Weeks (Mark Ruffalo), establece con la doctora Emma Brookner (Julia Roberts). Brookner va en silla de ruedas debido a la polio que sufrió de niña, y por ese motivo siente empatía con la impotencia que viven sus pacientes. La doctora es, sin embargo, una excepción en la *tv-movie*. En una época en que el sistema inmunitario era «un auténtico desconocido» y se desconocía la

forma de transmisión de la enfermedad, muchos médicos se negaban a atender a los pacientes por miedo al contagio. «Nos han echado de cuatro hospitales», afirma un amigo de Weeks una noche en que se presenta en su casa con su novio, desvanecido, en brazos.

En otra escena, Weeks visita un hospital donde hay diversos ingresados por el «cáncer gay» y donde multitud de carteles advierten de que se está accediendo a una «zona de contagio». Al ver las bandejas del almuerzo en el pasillo, le explican que el personal hospitalario no mete la comida en las habitaciones por miedo a infectarse; el mismo motivo por el que el técnico de mantenimiento se niega a arreglar la televisión de uno de los pacientes.

El descubrimiento del virus causante de la enfermedad

En *Angels in America*, ambientada en 1985, el médico de Cohn puede dar a sus pacientes una explicación más detallada que la doctora Brookner. Por aquel entonces ya se conocía el virus causante de la infección (científicos del Instituto Pasteur de París lo habían identificado en 1983) y se sabía que los afectados experimentaban una disminución drástica del número de glóbulos blancos. En la serie, sin embargo, no se refleja con precisión la información que ya se conocía, como puede comprobarse en la explicación que el doctor da a Cohn tras comunicarle el diagnóstico:

«Nadie sabe la causa [esta afirmación es falsa, porque el VIH ya se había identificado] y nadie sabe cómo curarlo. La mejor teoría es culpar a un retrovirus, el de la inmunodeficiencia humana. Su presencia la plasman los anticuerpos que aparecen con su entrada [la del virus] en la corriente sanguínea a través de un corte o un orificio. Los anticuerpos no logran proteger el cuerpo contra él. ¿Por qué? No lo sabemos. El sistema inmunitario deja de funcionar [lo correcto sería decir que se debilita], el cuerpo se autodestruye [en realidad es el virus el que debilita al sistema inmunitario]. Nuestro organismo queda expuesto a todo un mundo de horrores de infecciones, de



microbios de los que no se defiende. (...) Creo que hasta puede superar la barrera hematoencefálica del cerebro. Y es mortal en no sabemos qué tanto por ciento de los pacientes infectados. El tratamiento es un nuevo fármaco, llamado AZT, con una lista de espera de más de 2 años».

La prevención y las vías de transmisión

«¿Cree que este cáncer es de transmisión sexual?» «Sí lo creo, sí. ¿Puedo demostrarlo? No.» Con esta conversación en *The Normal Heart*, la doctora Brookner pide a Weeks, un reconocido y polémico escritor, que intente convencer a la comunidad gay para que deje de mantener relaciones sexuales sin protección. Un esfuerzo en vano ante una generación deslumbrada por la ideología de la liberación sexual, que tantos años de lucha le había costado conseguir. «El ideario político de los gays es follar –señalan–. Acabaremos temiendo al sexo. Afectará a nuestra autoestima y nos ha costado mucho llegar hasta aquí.» El discurso de Brookner, además, pierde fuerza desde el momento en que ni siquiera puede asegurar que la infección se transmita por vía sexual.

Más tarde se demostró que la infección se contagia a través de la sangre, las relaciones sexuales y la leche materna. Los drogadictos, por el uso de jeringuillas usadas; los hemofílicos, por las transfusiones de sangre contaminada; y los HSH, por la naturaleza de sus relaciones sexuales, fueron los primeros grupos de población afectados. La infección, sin embargo, también se transmite en las relaciones heterosexuales. De hecho, en un momento de *The Normal Heart*, Brookner afirma que «ya se han documentado casos en África en mujeres heterosexuales».

El estigma

El rechazo social es, sin duda, el obstáculo más difícil de salvar para los protagonistas de ambas ficciones. Nadie sabe de dónde procede la enfermedad, ni siquiera el propio colectivo homosexual, que en *The Normal Heart* incluso apunta a una posible «conspiración para asesinar a los

homosexuales», o baraja «la monogamia» como posible causa de la infección. Fuera de su colectivo, las cosas son mucho peores. Tienen dificultades incluso para alquilar un local para su asociación, la Gay Men's Health Crisis (GMHC), y uno de sus miembros es advertido de que, si sale a la luz que forma parte de ella, su puesto en el Departamento de Salud peligrará.

La situación más dura, sin embargo, se presenta cuando un amigo de los protagonistas viaja con su novio a Phoenix (Arizona) para visitar a la madre de él antes de morir. El piloto del avión se niega a despegar cuando se entera de que a bordo viaja un enfermo de sida. Cuando consiguen llegar gracias a otro piloto, el joven muere y los médicos del hospital se niegan a examinarle para determinar la causa de la muerte. Al no haber un certificado de defunción, la funeraria y la policía no acuden, por lo que su pareja y su madre pagan 50 dólares a un celador para que saque el cadáver del hospital y lo transportan en su propio coche. Una vez en el tanatorio, se ven obligados a pagar 3000 dólares para recoger las cenizas del difunto.

En *Angels in America*, la aceptación social de la enfermedad ha evolucionado muy poco. Cuando el médico comunica el diagnóstico a Cohn, la conversación que mantienen es la siguiente:

- Cohn: Esta enfermedad...
- Médico: Síndrome.
- Cohn: ...afecta a los homosexuales y drogadictos.
- Médico: Principalmente. Y a los hemofílicos también.
- Cohn: Entonces no tengo sida; tengo cáncer de hígado.

Con esta última afirmación, Cohn se refiere a que la versión que hará pública sobre su estado de salud es que tiene cáncer de hígado, ya que no puede informar de que padece una enfermedad atribuida a los homosexuales. Si lo hacía, temía perder todo su poder e influencia.

La falta de apoyo de la Administración

The Normal Heart también plasma la encarnizada lucha que emprenden los activistas para con-

seguir apoyo social y financiero por parte de la Administración. Como ejemplo, la GMHC tarda 14 meses en conseguir una reunión con el alcalde de Nueva York, y finalmente este no se presenta a la cita. Cuando, tiempo después, consiguen financiación por parte del ayuntamiento, reciben órdenes estrictas de no indicar de dónde procede. La justificación que Weeks recibe por parte del consistorio es la siguiente: «No podemos tener tantos enemigos».

Desde la Casa Blanca, la única atención que reciben es por parte de un asesor del presidente que, ya en la reunión, deja claro que su único interés por el encuentro es saber a título personal si la infección puede transmitirse entre hombres y mujeres. Weeks, abatido, sólo puede responderle que, aunque no puede asegurarlo, en un principio parece que la dolencia sólo afecta al colectivo homosexual.

Por su parte, la doctora Brookner también mantiene su cruzada particular para conseguir que el estudio de la enfermedad reciba financiación gubernamental. Acusa al gobierno de destinar «más dinero para estudiar el Tylenol (un fármaco cuyo ingrediente activo es el paracetamol) que para el VIH», y de evitar la cooperación con Francia «para rascar un Nobel».

La alusión a la disputa por el Nobel no es anecdótica. El virus fue aislado por primera vez en 1983, por investigadores del Instituto Pasteur de París. El equipo del virólogo Luc Montagnier identificó una nueva clase de retrovirus humano y apuntó que era el que causaba el sida. Montagnier envió muestras al virólogo americano Robert C. Gallo, que confirmó que el VIH era el causante del sida y contribuyó al desarrollo del test sanguíneo para detectarlo. Quienes recibieron el Premio Nobel de Medicina en 2008, sin embargo, fueron Montagnier y la viróloga francesa Françoise Barré-Sinoussi. Gallo había confirmado la relación del VIH con la enfermedad, pero los franceses habían sido los primeros en aislar el virus.

The Normal Heart acaba en 1984. Los rótulos finales explican que Reagan no habló del sida en público hasta 1985, prometiendo que la investigación contra la enfermedad tendría «prioridad máxima» y que el presupuesto destinado a ella

en 1986 sería de 126 millones de dólares. El filme denuncia que esa cantidad fue reducida a 85,5 millones, y que era una cifra insuficiente para cubrir los gastos de una pandemia que, a finales de ese año, ya había causado 24.559 muertes documentadas en los Estados Unidos.

El caso de Positius

En nuestro país, la enfermedad ha aparecido puntualmente en muchas series de televisión, aunque muy pocas producciones han tenido el VIH como tema central. En cambio, la *tv-movie* Positius, que produjo Ovideo para TV3, escrita por Aina Clotet y Álex Mañas, y dirigida por Judith Colell, sí tuvo la enfermedad como eje central del guión. La historia se centra en la parte social de la enfermedad. Uno de sus objetivos era, precisamente, desestigmatizar la enfermedad y alejarla de los prejuicios.

Las protagonistas son dos mujeres portadoras del virus y muy diferentes entre ellas. Vero (Montse Germán) es de clase alta, licenciada, de unos 38 años, que parece tener normalizada su enfermedad con sus amigos y con su entorno. No se lo cuenta al primero que pasa, pero tampoco se avergüenza de su condición y parece que la vida le sonríe. Por otro lado, Gloria (Mercedes Sampietro) es una mujer mayor, de más de 60 años, de clase social y cultural muy baja, que lleva la enfermedad completamente en secreto. Vive con su hijo Rober (Roger Coma), que también desconoce la situación de su madre. Las dos mujeres sólo se cruzarán en alguna ocasión durante la película, en el hospital y en la ONG a la que ambas acuden para encontrar cobijo.

La *tv-movie* comienza con la celebración de un cumpleaños, que reúne a los compañeros de universidad de Vero 20 años después. Allí es donde Vero se reencuentra con Xavier (Pau Durà), y todo lo que ella creía tener controlado se desmorona. Xavier se acaba de separar de su mujer y tiene un hijo, pero la pasión y el amor entre ambos surgen enseguida. En su primer encuentro amoroso, Vero no le comunica que es portadora del VIH porque considera que, utilizando protección, no será necesario. Vemos cómo, en los sucesivos encuentros, siempre uti-



liza preservativo y cómo le va preocupando la situación a medida que avanza su relación y se va enamorando. Finalmente, y empujada por su mejor amiga, decide hablar con él, escena que resulta clave: una conversación de más de 10 minutos que se desarrolla como una montaña rusa de emociones entre los dos protagonistas. En Vero vemos que el miedo y la angustia tienen el mismo peso que la necesidad de comunicárselo (han tenido que pasar unas semanas para que se sintiera con fuerza para dar ese paso). Xavier, por su parte, empieza escuchando comprensivo, pero su cara se va transformando de la «aparente comprensión» al «pánico más absoluto». No entiende cómo le ha podido esconder algo tan importante, que le afecta a él directamente. Mientras tanto, Vero no para de repetirle que «siempre lo ha protegido» y que «necesitaba sentirse segura con él para poderlo compartir». La escena consigue que el espectador comparta y entienda los miedos que entraña esta enfermedad: miedo al rechazo por parte de quien la sufre, y miedo al contagio (fruto, en muchas ocasiones, de una gran desinformación) por parte del compañero de la relación sexual. La escena nos presenta un final trágico para ambos, que termina con la huida de Xavier, que deja a Vero destrozada y sola.

Por otro lado, Gloria, la otra protagonista, recibe una propuesta de trabajo para cuidar a la hija de Belén (Aina Clotet). La incultura y la desinformación de Gloria hacen que rechace, con excusas, la oferta de trabajo, por miedo a infectar a la niña sólo con el contacto. Preocupada, Gloria acude a la ONG (haciéndose pasar por una amiga de una mujer portadora), donde finalmente la informan y ayudan a comprender que «no puede infectar a nadie sólo por tocarle». Finalmente, Gloria termina aceptando el trabajo de niñera y la relación con la pequeña se va haciendo cada vez más estrecha hasta que la pequeña se convierte en su razón para vivir. Por desgracia, Belén acaba por descubrir que Gloria es portadora. Acto

seguido, y sin darle ninguna explicación, le prohíbe volver a ver a su hija. Gloria cae en una fuerte depresión, deja la medicación y es ingresada en el hospital. Será el hijo de Gloria, con quien hasta el momento no se había visto una relación de proximidad y que desconocía su enfermedad, quien pasará a ser su mayor apoyo.

Conclusiones

Analizando las tres producciones vemos que, en todas, se repiten prácticamente los mismos conceptos: desinformación, falta de prevención, estigmatización y escasez de recursos por parte de la Administración para luchar contra la enfermedad.

Ya asentados en el siglo XXI, el sida sigue siendo una realidad entre nosotros. Hoy, gracias a los gigantescos avances que se han realizado en los últimos años, podemos llegar a cronificar la enfermedad, pero con un coste inasumible a largo plazo por la sanidad pública, y con cierta toxicidad para el paciente.

Científicamente se está avanzando mucho para poder curar el sida en las personas infectadas. Se persigue erradicar el VIH de su organismo para que no precisen tratamiento de por vida. Existen modelos de vacuna terapéutica muy prometedores, que combinados con otras estrategias permitirán llegar a curar la infección. Los principales laboratorios del mundo se han puesto como objetivo el año 2020 para conseguirlo. Pero hasta que esto suceda, el sida sigue siendo una realidad. La estigmatización no ha desaparecido, pero los jóvenes viven «como si ya no existiera», lo que conlleva un repunte de casos. En estos momentos de crisis, cuando los recursos son cada vez más limitados, tenemos que extender el concepto de «responsabilidad social corporativa», no sólo aplicable a empresas, sino a personas de forma individual. Cada uno de nosotros, con nuestro granito de arena, podemos ayudar a poner fin a esta pandemia.



Nip/Tuck, Anatomía de Grey y la cirugía plástica

María del Mar Vaquero Pérez

Ambas producciones podrían considerarse como el germen de dos carreras meteóricas, las de los productores Ryan Murphy y Shonda Rhimes, hoy dos pesos pesados en la industria de la televisión. El primero saltó a la fama en 2003 con Nip/Tuck, una polémica visión de la cirugía plástica a través de sus dos controvertidos protagonistas, y que junto a The Shield puso al canal por cable FX en el punto de mira de los adictos a las series. Años más tarde coincidirían de nuevo con American Horror Story. Shonda Rhimes, por su parte, dio la campanada en 2005 con Anatomía de Grey, que todavía mantiene audiencias millonarias en la cadena en abierto ABC. Su éxito le ha permitido abrir una factoría de series (Scandal, Cómo defender a un asesino), que ya es conocida como Shondaland.

Comenzar este capítulo dedicado a la cirugía plástica en las series de televisión hablando del atractivo que la vida y el trabajo de los médicos han despertado desde siempre en la pantalla, podría ser una evidencia. Todo lo relativo a la medicina, al trabajo y a la convivencia de los profesionales sanitarios en esa ciudad autónoma que es un gran hospital; al dramático cambio de vida que supone la aparición de una enfermedad; al análisis de los síntomas que, como pistas en una “pelí” de misterio, llevan a desentrañar el diagnóstico de una dolencia; al sufrimiento de contemplar el deterioro progresivo del personaje que enfrenta una enfermedad degenerativa; o no digamos ya, al momento de la muerte en sí, son excelentes argumentos para miles de guiones, con los suficientes elementos de tragedia, dramatismo, anécdota y superación humana, como para atraer al espectador.

El contacto permanente del médico con la vida, el sufrimiento y la muerte, le convierten en protagonista ideal para muchas historias: las propias; las de su dedicación profesional que le lleva en ocasiones a perder su vida personal o familiar; las de su implicación con familiares y pacientes; las de la empatía inherente a su profesión, que le hace compartir con los enfermos

sufrimiento y recuperación; las de su forma de afrontar la muerte del paciente como un fracaso personal o como la inutilidad o insuficiencia de su conocimiento; o incluso, por qué no, las del médico que adquiere su dimensión más humana cuando cruza al otro lado y se convierte en paciente, un muy interesante punto de vista que hace visible lo difícil que, como dice el viejo refrán, es tomar de la propia medicina.

La medicina en el cine nos ha dado historias maravillosas en todos los géneros y escenarios imaginables. Hemos visto médicos protagonistas en películas de amor y que por amor buscan la curación para su ser amado o acaban enamorándose del paciente a quien curan; en películas bélicas, de cualquier época, en las que muchas veces trabajan con pocos recursos pero mucha inventiva; en catástrofes naturales o epidemias, liderando a los supervivientes hacia un nuevo comienzo; en películas policíacas, que sacan a la luz lo mejor de una especialidad tan poco conocida como la medicina forense; y en tantas y tantas historias más. Es difícil encontrar una especialidad médica que no se haya tratado en la gran pantalla.

Por si esto era poco, la televisión permitió, con el desarrollo de las series, que los especta-

dores no sólo conocieran al médico protagonista de una historia y la vivieran con él en su desarrollo y desenlace, sino introducirse en la cotidianidad del profesional que vive en cada capítulo, una tras otra, esas historias que tanto les atraen, y a formar parte con cada emisión semanal de su trabajo, sus logros, sus pérdidas y sus afectos, y siempre con la vida, la muerte, la recuperación, la pérdida, la superación o la frustración como escenarios. Las series de televisión médicas han fomentado no pocas vocaciones profesionales y han incrementado el número de estudiantes en las facultades de medicina, atraídos por el día a día de esta profesión.

Creo necesario este recordatorio para ser conscientes de lo poco que en el mundo del cine y de la televisión se ha tratado, con igualdad de profundidad y contenidos, la especialidad a la que dedicamos este capítulo: la cirugía plástica, estética y reparadora. Ya sé que algunos dirán que no, que la imagen del protagonista que se somete a un cambio de rostro, bien por la necesidad de sustituir al actor por otro colega en una serie de larga duración sin variar la trama o los personajes centrales del argumento, o porque este sufre un grave accidente o un intento de asesinato que le desfiguran y debe volver con un nuevo rostro para vengarse, es ya una presencia recurrente en la pantalla. Y tienen razón, no lo voy a negar. Seguramente es además la primera idea que nos viene a todos a la cabeza al hablar de la cirugía plástica. Pero fuera de ese fácil recurso de guión, totalmente surrealista y que no refleja la realidad de la especialidad, ¿qué sabe el gran público de lo que es la cirugía plástica en su denominación completa: estética y reparadora? ¿Cómo la ficción televisiva ha dado a conocer esta especialidad en sus grandes series de tema médico? ¿Han acercado los personajes de ficción la imagen del cirujano plástico como médico con la misma dimensión de profesional de la salud que han fomentado para otros especialistas?

Con frecuencia, la cirugía plástica y los profesionales que la practican son sólo motivo para argumentos frívolos o para dar vida a personajes carentes de los principios deontológicos básicos que rigen la relación médico-paciente. ¿Es cul-

pa de los guionistas que desconocen el contenido de la especialidad y los campos de interés que comprende? ¿Es una desviación de la realidad que hace que, aunque se conozca perfectamente lo que un cirujano plástico puede hacer con su práctica, sea el guiño hacia su faceta como creador o recuperador de belleza el único que interesa para la ficción? ¿O será que los propios cirujanos plásticos no hemos sabido, podido o querido desmitificar esa imagen que nos lleva a ser los protagonistas más deseados?

Seguramente hay un poco de todo esto. Y aunque sean pocos, o casi nulos, los ejemplos que podamos sacar en positivo del paso de esta especialidad por la pantalla, intentaremos llevar nuestras reflexiones, al menos, al verdadero conocimiento de la especialidad, e intentar que, desmitificando el estereotipo, podamos destacar la verdadera importancia de lo que la cirugía plástica y los profesionales que la practican aportan a los pacientes y al resto de las especialidades médicas.

Un poco de etimología e historia

«Cirugía plástica, estética y reparadora», un nombre muy largo para una amplísima especialidad médica que, sin embargo, la mayoría de las veces se queda en su concepto más breve, cirugía plástica, y además erróneamente asociado sólo a la mitad de su contenido: la cirugía estética. Esto, que podría ser comprensible en el contexto del gran público, lamentablemente se da también entre muchos profesionales médicos, que desconocen todo lo que integra esta especialidad y los servicios que puede ofrecer. Conozcámosla un poco mejor.

La cirugía plástica, estética y reparadora es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la corrección de todo proceso congénito, adquirido, tumoral, o simplemente involutivo, que requiera reparación o reposición, o que afecte a la forma o la función corporal. Sus técnicas están basadas en el trasplante y en la movilización de tejidos mediante injertos y colgajos, o incluso de implantes de material inerte. En su época más reciente, emplea también unidades completas de tejidos de donantes, como las ex-



tremidades (brazos, manos, piernas) y la cubierta de la cara.

Dentro de su contenido total (cirugía plástica), abarca dos campos de acción: la cirugía plástica reparadora, también llamada reconstructiva, que busca restaurar o mejorar la función y el aspecto físico en las lesiones causadas por accidentes y quemaduras, en enfermedades y tumores de la piel y de los tejidos de sostén, en anomalías congénitas, principalmente de la cara, de las manos y de los genitales, y en defectos anatómicos creados tras una resección quirúrgica oncológica; y por otra parte la cirugía plástica estética, también llamada cosmética, que trata con pacientes en general sanos y emocionalmente estables, con alteraciones que, sin constituir en sí mismas un proceso patológico, provocan un deterioro de la salud en la medida en que interfieren en el bienestar físico y psíquico de las personas. Su objetivo es, pues, la corrección de las alteraciones de la norma estética o de las secuelas producidas por el envejecimiento.

Un cirujano plástico, por usar el nombre en su versión corta, puede ocuparse de reparar malformaciones congénitas, tratar e intervenir quirúrgicamente a los quemados, reconstruir cualquier defecto anatómico, llevar a cabo la cirugía de la mano, hacer microcirugía, reimplantar o trasplantar miembros y rostros, y hacer cirugía estética. Desde el cuero cabelludo hasta los pies. En palabras del Dr. Raymond Vilain, el cirujano plástico sería en realidad «el último cirujano general».

Atendiendo a la etimología de su nombre, «plástica» proviene del griego *plastikos*, que significa moldear o transformar. Es así que, en su conjunto, la cirugía plástica tiene como objetivo diseñar de forma estética al remodelar los cuerpos para mejorarlos, sea cual sea la causa de la cirugía, o hacerlos más hermosos. Es así como actúa el cirujano plástico, buscando la armonía, la belleza o la adaptación a la norma estética y la funcionalidad, independientemente de esa separación en dos campos de actividad marcada en realidad tanto por la sociedad como por los sistemas de salud (sanidad pública o compañías de seguros privados), que intentan de esta manera delimitar la cobertura de los costes asistenciales.

Y no sólo la etimología une todas las funciones propias de la cirugía plástica, sino también la historia documentada. Tanto el papiro de Edwin Smith en Egipto (3000-2500 años a.C., según los estudios de Breasted) como los de Sushruta Shamita en la India (500 años a.C.) presentan ya cirugías de reconstrucción de la nariz. Esta y las orejas eran consideradas en aquella época como apéndices anatómicos de reputación y respeto, por lo que era frecuente que se amputaran como castigo a los criminales y a los habitantes de los pueblos vencidos en guerra; incluso se llegó a pagar recompensa por cada nariz u oreja entregadas. Aun hoy en día seguimos usando el colgajo frontal descrito por Sushruta para reconstruir la nariz, lo que se conoce como colgajo indio.

Pero fue sin duda la Primera Guerra Mundial (1914-1919) la que provocó el impulso de la cirugía plástica como especialidad. El enorme número de soldados con heridas por proyectiles y quemaduras a consecuencia de las cuales sufrían desfiguración del cuerpo y del rostro hizo necesaria la creación de profesionales y de centros médicos especializados en reconstrucción quirúrgica, tanto en Europa como en los Estados Unidos, donde esta especialidad no estaba reconocida. Permaneció más o menos asociada a la cirugía maxilofacial durante muchos años, hasta que ya en la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se amplió el campo de actividad propio de la cirugía plástica y empezó a aparecer como especialidad independiente. El Dr. Archibald McIndoe, con sus para la época extrañas transferencias de tejidos sanos a zonas dañadas mediante el uso de colgajos pediculados, permitió que muchos aviadores desfigurados por el fuego pudieran salir de su aislamiento como monstruos a los que la medicina había salvado la vida, sí, pero abocándoles a la falta de trabajo y de vida social en comunidad, o en el peor de los casos al suicidio; minimizó de esta forma las secuelas padecidas para reintegrarlos a la norma social-estética aceptable.

Es muy interesante ver los capítulos en español de las series televisivas de Canal Historia y Odisea sobre el Dr. McIndoe que narran, con imágenes de la época y en la voz de sus propios protagonistas ya veteranos, las historias de

los jóvenes pilotos de las fuerzas aéreas aliadas que trató. Cuando sus bombarderos cargados de grandes cantidades de combustible altamente inflamable se estrellaban, se veían envueltos en enormes llamaradas de las que en ocasiones lograban escapar vivos, pero con la cara y el cuerpo totalmente abrasados. La supervivencia era un fin, pero después, torturados por su apariencia, necesitaban que al menos sus rostros y manos volvieran a tener un aspecto y una funcionalidad medianamente normales para sentirse personas aceptadas por aquella sociedad que, si bien les respetaba como héroes, les rehuía por su desfiguración. Muchos de ellos tenían entre 17 y 21 años de edad. Gracias a las entonces novedosas técnicas del Dr. McIndoe, estos hombres cuentan cómo la corrección de su desfiguración se convirtió en virtud, y cómo en la pequeña localidad de East Grinstead, en Sussex, Inglaterra, donde estaba el Queen Victoria Hospital y donde McIndoe había fundado su Servicio de Cirugía Plástica y Maxilofacial, se les fue viendo y aceptando por la calle, en los pubs locales, y hasta en el mismísimo Londres, con sus pedículos a modo de pequeñas trompas que transferían tejidos desde el abdomen al brazo, de ahí al hombro y luego a la cara, para convertirse finalmente en una nueva nariz, unas nuevas mejillas o un nuevo mentón; y cómo durante el tiempo que ese proceso duraba, ellos mismos y los que les rodeaban vieron cómo esos rostros desfigurados iban volviendo poco a poco a una normalidad aceptada por todos.

Los que allí vivieron, a veces hasta durante 3-4 años, y sufrieron más de 20-30 intervenciones, consiguieron gracias a la cirugía plástica y al enfoque y el trabajo psicológico del Dr. McIndoe, ver salvadas no sólo sus vidas, sino también sus mentes. Varios contrajeron matrimonio con las enfermeras que los cuidaron. E incluso llegaron a constituir un club, The Guinea Pig Club, que a lo largo de sus más de 60 años de historia llegó a reunir a más de 650 miembros; aún años después, los supervivientes y sus descendientes siguen reuniéndose para honrar a su «creador» y brindar por él con unas pintas de cerveza mientras cantan el himno que compusieron en su nombre y en el que, humorísticamente, dicen:

«Somos el ejército de McIndoe,
somos sus conejillos de indias.
Con dermatomas y pedículos,
ojos de cristal, dientes postizos y pelucas.
Y cuando lleguemos a nuestra despedida
gritaremos con todas nuestras fuerzas
Per ardua ad astra [por la adversidad hacia las estrellas]
Preferimos beber que luchar...»

Conocer todo esto nos lleva inevitablemente a una reflexión. Es curioso que tanto las primeras reconstrucciones plásticas de las que consta documentación histórica escrita, como los principales hitos que dieron lugar a la creación y el desarrollo de la cirugía plástica como especialidad, unieran de una forma tan íntima los componentes de reconstrucción material, funcional y estética como base para la reintegración y la aceptación social de la persona, y que sin embargo hoy resulte habitual ver cómo la sociedad ha desvinculado por lo general el uso estético y el reparador como dos facetas muy diferentes de la práctica médica, que se desarrollan en ambientes diferentes, con fines también diferentes, e incluso pensando que son practicadas por profesionales médicos diferentes.

La ficción televisiva y la cirugía plástica

Pasar de la parte noble e histórica de la cirugía plástica a analizar su paso por las series de televisión supone mucha búsqueda, pero poco hallazgo, de material digno de mención, porque hasta donde yo puedo recordar y encontrar, pocas son las series de televisión, de tema médico o no, que incluyen un personaje con esta especialidad. Tal vez los más afamados en los últimos tiempos sean los Dres. Sean McNamara y Christian Troy de la serie Nip/Tuck, y los Dres. Mark Sloan y Jackson Avery de la serie Anatomía de Grey. Presentemos un poco estas series a aquellos lectores que no las hayan seguido, o que hayan oído hablar de ellas en algún momento pero no las conozcan en detalle.

Nip/Tuck fue una serie emitida entre julio de 2003 y marzo de 2010 por la cadena de televisión por cable americana FX Networks. Tuvo



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

seis temporadas y está considerada como un producto televisivo innovador en su momento, por el tema que trata y porque acercó el lenguaje de las series al estilo cinematográfico. Clasificada como serie dramática, ganó el Globo de Oro a la mejor de su categoría en el año 2005, si bien ya en 2004 había ganado un premio Emmy de la Academia Nacional de Artes y Ciencias de la Televisión en los Estados Unidos, al mejor maquillaje en una serie.

El argumento se basa en la vida y el trabajo de dos cirujanos plásticos, el Dr. Sean McNamara, interpretado por el actor Dylan Walsh, y el Dr. Christian Troy, interpretado por Julian McMahon, que ejercen su actividad privada primero en Miami y que más tarde se trasladan a Los Ángeles para instalar su consulta en Hollywood.

En la serie, la titulación y el ejercicio de los profesionales resulta realmente una excusa para uno de los temas más polémicos de la televisión americana por el carácter autodestructivo de sus personajes, tanto de los doctores protagonistas como de sus pacientes, y el tratamiento de temas hasta entonces no muy habituales en el medio y en el país, como las drogas, el aborto, la homosexualidad, la transexualidad, las sectas, la ambición personal y la búsqueda constante del placer y del dinero, con ausencia de ética personal y médica, y con vidas en las que priman la envidia, el estrés, la lujuria y hasta el crimen. Todo ello le valió sin duda importantes críticas por parte de los sectores más conservadores, tanto en los Estados Unidos como en los otros países donde se emitió.

Anatomía de Grey es un serie de tema médico de la cadena estadounidense ABC, que se inició en marzo de 2005 y sigue emitiéndose en la actualidad. Toma su nombre de un célebre tratado sobre anatomía del cuerpo humano (*Henry Gray's Anatomy of the Human Body*), más conocido como «Anatomía de Gray» (*Gray's Anatomy*), libro básico en la formación de los estudiantes de medicina estadounidenses publicado en 1958 por Henry Gray, con cuyo nombre se hace un juego para identificarlo con el de la Dra. Meredith Grey, protagonista central de la serie. Ganó el Globo de Oro a la mejor serie dramática en 2006 y ha tenido un total de 38 nominacio-

nes a los premios Emmy en diferentes categorías (guión, actores, dirección, etc.), de las que ha obtenido cuatro galardones más.

La serie transcurre en el hospital Seattle Grace, donde vemos el devenir profesional de diferentes especialistas médicos cuyas vidas se cruzan con la de la protagonista. El punto de vista de esta serie es interesante porque se inicia con la vida y las ilusiones de los médicos internos residentes que se incorporan al hospital para formarse como futuros especialistas, con grandes dosis de competencia, pero también de exaltación de la medicina como profesión y del valor de la vida de los pacientes por encima de todo.

Para el tema que nos ocupa, encontramos en ella dos personajes que, si bien empiezan siendo recurrentes (pensados para aparecer ocasionalmente en determinados episodios), poco a poco van tomando protagonismo y convirtiéndose en parte integral de la trama central, y en imprescindibles para el desarrollo de la serie. Son el Dr. Mark Sloan, interpretado por el actor Eric Dane, y el Dr. Jackson Avery, interpretado por Jesse Williams.

La creadora de la serie, Shonda Rhimes, parece que ideó una ficción que diera protagonismo a mujeres inteligentes que compitieran unas con otras, y pensó para ello en un escenario médico basándose en la impresión que había tenido cuando durante una época se obsesionó junto con sus hermanas por ver intervenciones quirúrgicas en el canal Discovery Channel, sorprendiéndose de que los cirujanos, mientras operaban, hablaran de sus vidas personales, de sus relaciones de pareja, de sus familias o aficiones, o de sus problemas económicos, a la vez que abrían y cortaban los cuerpos de sus pacientes.

Como vemos, dos series televisivas con planteamientos muy diferentes sobre la medicina y los médicos, ambas de gran éxito y larga duración en pantalla, y a través de las cuales, fijándonos en sus protagonistas cirujanos plásticos, intentaremos dilucidar cómo abordan esta disciplina las series de televisión y si el tono divulgativo y atractivo para el gran público, que todo espectáculo televisivo busca, logra dar una imagen real o al menos realista de lo que es la cirugía plástica, estética y reparadora, y de la vida y dedicación profesional de los especialistas que la practican.

El cirujano plástico, ¿héroe o villano?

De Nip/Tuck sorprendió en su momento su cuidadísima estética, que se nota desde los títulos de crédito, muy bien diseñados, y su sintonía de cabecera, la canción *A Perfect Lie* de Engine Room. Siendo cabecera y música muy breves, nos dirigen ya hacia el ambiente en que va a desarrollarse la trama: la cirugía estética, que a base de cortes y puntadas es capaz de recrear esos cuerpos perfectos representados en las imágenes de la serie por fríos maniqués, todos iguales, bellos pero inmóviles, medio embalados en cajas de cartón, sin vida, sin personalidad, mientras la letra nos dice:

«Make me beautiful [hazme bella]
A perfect soul [un alma perfecta]
A perfect mind [una mente perfecta]
A perfect face [un rostro perfecto]
A perfect lie [una mentira perfecta]...»

Parece que inicialmente estamos en la misma visión de siempre. La belleza como fin, sin nada más. Pero seamos pacientes y veamos un poco más. Sus protagonistas son dos cirujanos plásticos, amigos de juventud, que se dedican al ejercicio de la cirugía estética. Ya hemos visto en la introducción que «estética» y «reparadora» son dos partes médicamente inseparables; que la estética reconstruye cuerpos y afianza mentes, al igual que la reparadora. Desde este punto de vista, hasta ahí la serie prometería centrarse en una de las pocas partes de la medicina que se excluye de todo seguro de salud por abarcar contenidos que no se consideran vitales. Incluso sería buena para difundir la cirugía estética como algo no restringido a artistas o millonarios. Que el gran público conozca todo lo que puede hacerse para que los pacientes se sientan bien consigo mismos y en su entorno. Para desterrar mitos y, de alguna manera, democratizar el acceso a la especialidad.

Nos presenta en su comienzo la consulta de los Dres. McNamara y Troy mientras se encienden las luces de los pasillos, salas de espera, recuperación y quirófanos, mostrando una mezcla de ambientación clínica con el diseño más espectacular y vanguardista imaginable, en el que

prima el estilismo y el ambiente de hotel de cinco estrellas; una visión en la que, además, un rápido cambio de música nos lleva de repente a sospechar que todo el ambiente médico va a ser sólo *glamour*. Bueno, pues ya estamos en lo de siempre: ¿se quedará ahí todo, como de costumbre?

El Dr. Troy es atractivo, sexy, soltero, mujeriego, narcisista y un cirujano menos brillante que su compañero, aunque un excelente relaciones públicas. El Dr. McNamara es menos atractivo, está casado, tiene tres hijos y es el mejor cirujano del dúo. Siguiendo el tradicional planteamiento de «poli bueno y poli malo», Troy sería el lado oscuro mientras que McNamara representaría el de las firmes convicciones.

Así se plantea y comienza la trama, con episodios que llevan cada uno el nombre del paciente intervenido como eje central. Y siempre por parte de los doctores la misma pregunta al inicio de cada consulta: «Dígame: ¿qué parte de su cuerpo es la que no le gusta?» Bonita frase, pero demasiado simple e incluso arriesgada como primera intercomunicación con el paciente en una consulta de este tipo. El problema se agrava, además, cuando vemos que ninguno de los pacientes parece presentar problemas o patologías propios de una consulta de cirugía plástica que pudiéramos calificar como convencional. Todos son a cada cual más extraños o desquiciados. Y ahí es donde confirmamos nuestros temores iniciales. Efectivamente, la serie se queda sólo en el lado frívolo de la especialidad. Diría más, incluso en el irreal y hasta ilegal en muchas ocasiones.

El cirujano plástico que hace estética no es el “conseguidor” de todo lo que sus pacientes quieren hacer con sus cuerpos. Si bien el Dr. Frederik Mclorg definía la especialidad como «una disciplina quirúrgica resolutive de problemas», también hemos dicho que la estética trata con pacientes sanos y emocionalmente estables, y la verdad, ninguno de los que presenta Nip/Tuck parecen estarlo. Si a eso sumamos que, a medida que avanzan los capítulos, el argumento personal de los protagonistas se enreda cada vez más, cuando la vorágine de sus vidas cae en un saco de perversiones personales y ambientes de crimen en los que nunca parece existir nada que sea medianamente convencional o que no po-



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

damos encontrar en otras series policíacas que no necesitan ambientarse en la medicina, la serie comienza a deslizarse en picado, sobre todo en las tres últimas temporadas, hasta hacer inevitable su final.

¿Por qué los guionistas eligieron esa profesión y ese ambiente quirúrgico para presentarnos a dos seres tan viles y tan atormentados? Es difícil de saber, pero creo que fue a todas luces innecesario. ¿Aportan algo a nuestra intención de ver si la cirugía plástica-estética aparecía por primera vez como trama central de una serie televisiva? Personalmente, creo que no. Al contrario. Fuera de lo que puede ser el dar a conocer que algunos temas son también ámbito de la especialidad (la cirugía del transexualismo, las secuelas de la obesidad mórbida y poco más), el resto se queda en lo de siempre: cicatrices que parecen borrarse por arte de magia, remodelaciones corporales que se arreglan siempre con liposucción, y recuperaciones sorprendentemente rápidas tras la cirugía. Eso sí, intentando darle un aire de verosimilitud al introducir imágenes intraoperatorias con cortes, heridas visibles, sangre, grasa que se extrae por cubos del cuerpo de los pacientes, etc., todo eso que contribuye al morbo de quien mira la pantalla de televisión con un ojo abierto y otro cerrado mientras cena, pero al final nada diferente o de valor para reivindicar el lado positivo de la cirugía estética o para darla a conocer de una manera realista. Incluso las pacientes que buscan recuperar belleza o rejuvenecer caen en la adicción, persiguiendo cirugías como única forma de supervivencia, y trasluciendo la imagen más nefasta posible para el público.

Cirujanos que operan sin mascarilla, que hacen que la cirugía parezca simple y fácil mientras calculan beneficios económicos, que tienen un minibar visible en el consultorio, que ni tan siquiera llevan bata blanca sino de un extraño color azul a juego con la decoración, que enseguida llevan la conversación con los pacientes al terreno personal, que se insinúan o dejan el campo libre para que sus pacientes femeninas se insinúen sexualmente en el consultorio... ¿Es que son médicos diferentes o quieren esforzarse por no parecer médicos frente a sus pacientes? Es lo que pasa cuando se quiere dar idea de que la

cirugía plástica, a fin de cuentas, no es medicina ni por supuesto cirugía. No hay que asustar a los pacientes. Es una relación médico-paciente que va más allá, más comercial, que banaliza los riesgos de una intervención o que está para servir los deseos del paciente a toda costa; que incluso hace que siempre nos preguntemos por qué el cirujano plástico en la pantalla es el único médico que despide a sus pacientes con besos en vez de con un cordial y respetuoso apretón de mano.

Dejando a un lado todos los argumentos detectivescos y las situaciones ajenas al ejercicio profesional de estos cirujanos plásticos, podríamos llegar a aceptar en ellos, como hasta cierto punto propios de la competencia médica y la búsqueda de la excelencia profesional, algún grado de rivalidad entre colegas, de celos profesionales, o hasta alguna pequeña estratagema para ser el favorito del paciente; incluso a disculparlos por esa búsqueda de la perfección que todo cirujano plástico tiene dentro. No en vano, hasta el Dr. McIndoe, de quien hablamos en la introducción, decía que sentía en su trabajo la presencia de Dios que descendía hasta su brazo derecho. Pero los doctores McNamara y Troy llevan todo esto al límite del engaño, la envidia y la destrucción. Tampoco parecen nunca empatizar con sus pacientes. A veces, incluso claramente se mofan de sus complejos. McNamara, aunque como hemos dicho es más firme de inicio que su compañero en sus convicciones personales, se deja llevar siempre por este en la búsqueda del único fin que mueve su consulta: el dinero y el éxito a cualquier precio. Y Troy, que tanto adora el cuerpo femenino para su propio placer, crea belleza en las pacientes para luego buscar en ellas una relación sexual. Es, además, un ser profundamente misógino que las desprecia y maltrata.

Muy interesante en el momento actual es el primer episodio de la sexta temporada, en el que una narradora nos cuenta cómo en 1987, después del desplome del Lunes Negro, nació una nueva era financiera y con ella la industria del lujo. La riqueza recién adquirida, unida a la disponibilidad de créditos, abrieron la puerta a bienes antes reservados a ricos y famosos, y uno de ellos fue la cirugía plástica. Los nuevos símbolos

del estatus del «debo tener» fueron los cuerpos perfectos. En palabras de esa narradora: «muslos firmes y tetas titánicas». En ese apogeo de ganar dinero ofreciendo lo posible y lo imposible, McNamara y Troy se frotan las manos pensando en el beneficio que obtienen con cada paciente; amplían y llenan de lujo su consultorio y gastan sin fin en coches, yates y vida ostentosa, para también así marcar su estatus profesional en una especialidad médica muy diferente a otras, que parece permitir ganar mucho dinero y además fácilmente. No se les ve ningún estrés por la cirugía, solo contabilizan lo que van a ganar con cada intervención. Pero cuando el cuento de hadas acaba y la crisis crediticia internacional aparece, las cirugías decrecen drásticamente a la vez que sus ingresos. Es difícil mantener el mundo que se han creado, y más difícil aún seguir aparentándolo de cara a la galería. Es ahí cuando la tensión financiera parece volver humanos a estos doctores, que comienzan a sentir la angustia y el estrés que nunca antes demostraron en quirófano.

¿Son ellos un caso especial? Pues lamentablemente, para los creadores de la serie parece que no, porque cuando algún otro colega se incorpora en algún capítulo o temporada, o bien pensamos que «Dios los cría y ellos se juntan» o es que los guionistas no parecen creer que nadie ejerza esta especialidad con un mínimo de ética o profesionalidad médica. Como ejemplo tenemos al Dr. Merrill Bobolit de la primera temporada, interpretado por el actor Joey Slotnick, con menos escrúpulos aún que los protagonistas y capaz de realizar intervenciones ilegales, seguir operando tras perder su licencia y usar los gases anestésicos como droga; o en general cualquier otro cirujano plástico de los que se asoman a la consulta de McNamara y Troy. Todos parecen unir su profesión a la búsqueda desmedida de fama y dinero, y a la total falta de escrúpulos para conseguirlos.

Cuando la belleza, el éxito y el dinero se entremezclan en la ficción en un cóctel peligroso, que parece ser el ideal para la cirugía plástica, en manos de médicos jóvenes, guapos, atractivos, que plantean como el Dr. Troy frases del tipo «las apariencias lo son todo», «la belleza es poder, felicidad y confianza en uno mismo», o «ir contra la

belleza establecida es ignorar el mundo en que vivimos», según las cuales esta profesión no sólo lleva implícito el éxito y el dinero para cirujanos y pacientes, sino que hay que dejar que todo eso se vea, creo firmemente que se da un mal reflejo de la realidad de la cirugía plástica y se olvidan los fines que la fundaron, la labor de sus pioneros, y todo lo que con ella se puede lograr, no sólo en la cirugía estética sino en colaboración con la mayoría de las demás especialidades dentro de un gran hospital.

A pesar del éxito de Nip/Tuck, en mi opinión más ligado a su buena puesta en imágenes, al morbo de su excesiva hipersexualidad y a la presentación de temas extremos, no creo que ayude para nada a presentar la realidad de la cirugía plástica, sino que tergiversa por completo los fundamentos que la rigen y fomenta el estereotipo más ficticio e irreal de los profesionales que la practican. En ella, la medicina y la especialidad son sólo una excusa para ubicar el argumento y acrecentar el morbo con las solicitudes extravagantes de los pacientes.

Mejor partido, afinando al límite la búsqueda de sensibilidades más apropiadas hacia la labor del cirujano plástico, podríamos sacar del tratamiento que a la especialidad se da en Anatomía de Grey. Su cirujano plástico es el Dr. Mark Sloan. Si bien poco podríamos esperar también de un cirujano plástico que, como era previsible y siguiendo el estereotipo de siempre en la ficción televisiva, es el médico más atractivo del hospital y al que sus colegas femeninas apodan «Dr. Caliente», representa mucho mejor en algunos episodios lo que la cirugía plástica aporta. Vemos en esta serie casos de reconstrucción facial tras accidentes de tráfico, microcirugía, reimplantes, niños con defectos de nacimiento; no sólo la estética forma parte de la labor del Dr. Mark Sloan. Parece que se nos quiere acercar a la vertiente más útil de la cirugía plástica, incluso en colaboración con otras especialidades.

Eso sí, llama la atención lo poco atractiva que la cirugía que realiza parece para los residentes en formación del Hospital Seattle Grace, que la mayor parte de las veces rehúyen participar en quirófano con Sloan mientras se pelean ferozmente por entrar a asistir, o aunque sólo sea a



mirar, en los quirófanos de cualquier otra especialidad. ¿Es esto una forma de decir sutilmente que lo que el cirujano plástico hace no es importante? ¿Que como especialidad a aprender es secundaria? Le cuesta realmente al Dr. Sloan atraer a algún residente que quiera seguir su trabajo, y cuando encuentra a alguien le invita a participar no en su equipo, sino en lo que él llama su «pandilla de Plástica», para sonrojo del residente seleccionado que no ve en ello ningún honor especial, sino más bien una forma de apartarle de la verdadera cirugía. Curioso punto de vista, cuando sin embargo en España, por ejemplo, la especialidad de cirugía plástica, estética y reparadora está cada año entre las más solicitadas por los médicos recién licenciados que aprueban el examen para MIR (Médicos Internos Residentes), y cuyas plazas de formación se ocupan rápidamente por los mejores expedientes académicos.

Lástima que, también en esta serie, lo que en ocasiones se vislumbra como un pequeño atisbo de reconocimiento hacia la labor de la cirugía plástica, o de dar a conocer aspectos novedosos e interesantes de la especialidad, acabe casi siempre perdiéndose entre la banalidad del personaje del cirujano plástico, que nos cae simpático, pero nunca es líder entre sus colegas con otras especialidades más reconocidas, y acaba siendo una vez más únicamente el guapo, despreocupado y superficial, que opera con facilidad cosas menos importantes. Sin a mi juicio aprovechar todo el juego que la especialidad podría dar en una serie de gran hospital como Anatomía de Grey, el Dr. Sloan, que había iniciado su andadura en la tercera temporada, se cayó de la serie en la novena.

Su testigo fue recogido por el Dr. Jackson Avery, el único residente que siguió a Sloan, y que hasta el momento parece mantener intactos los valores morales y de ejercicio médico comunes al resto de las especialistas. En algún momento se deja traslucir que su buena cuna pudiera haber sido su camino natural para llegar a la cirugía plástica; no en vano es nieto de uno de los cirujanos más reputados del país y su familia es poseedora de una inmensa fortuna, gracias a la cual patrocinan uno de los más importan-

tes premios médicos del país. Sin embargo, él parece mantener un camino profesional y recto, mientras intenta, como Sloan, atraer a alguno de los nuevos residentes a la «pandilla de Plástica». Tanta sensatez profesional por parte del Dr. Avery parece que ha hecho decrecer su participación como especialista y la presencia de patologías propias de su especialidad en la serie, pero de momento, y dado que continúa emitiéndose, mantendremos la esperanza de que en algún momento la cirugía plástica brille en la pantalla de televisión, si no por encima, al menos al mismo nivel de realidad, profesionalidad e interés que el resto. Quizás el Dr. Avery logre atraer a la especialidad a alguna de las muchas doctoras que protagonizan la serie. Romperíamos de paso ese otro mito que parece hacer ver que sólo los hombres trabajan en cirugía plástica, y sobre todo en cirugía estética, una especialidad de hombres para dar belleza a las mujeres. No es necesario recordar la feminización actual de la medicina como profesión, en España y en todo el mundo. Supongo que también en esto la realidad va por un lado y la ficción por otro, y una mujer cirujana en la consulta tal vez transmitiera menos morbo a la hora de crear argumentos y diera menos juego para la trama de los episodios. ¿Quedaría sólo el punto de vista profesional? ¿No habría tanto lugar para argumentos paralelos de sexo y coches de lujo? Tal vez saldría un personaje demasiado aburrido.

Conclusiones

Como escribió Gaspar Tagliacozzi, uno de los pioneros de la cirugía plástica en la época medieval, en su obra *De curtozem chirurgia per insitionem* publicada en 1597: «Nosotros restauramos, reparamos y volvemos a hacer esas partes del cuerpo que la naturaleza dio, pero que el infortunio ha quitado, no tanto como para deleitar la vista, pero sí lo suficiente como para elevar el espíritu y ayudar a la mente del afligido».

Si en cualquier uso de la medicina se trabaja por y para el cuerpo humano, en la cirugía plástica, estética y reparadora la materia prima es en sí el cuerpo humano: reconstruirlo y dotarlo de belleza y funcionalidad son los fines que esta es-

pecialidad persigue. Son fundamentales la experiencia y la pericia del cirujano, pero posiblemente más que en ninguna otra especialidad es fundamental la conexión con el paciente para saber reconocer sus expectativas y ofrecerle las soluciones más realistas, o para saber decir que no cuando estas se encuentran fuera de la realidad o contravienen la salud. El cirujano plástico debe introducirse en la mente de sus pacientes, reconocer dismorfofobias y hacerles ver que, parafraseando al alpinista, fotógrafo y cineasta francés Louis Audoubert, «por mucho que recorramos el mundo detrás de la belleza, nunca la encontraremos si no la llevamos con nosotros».

Si bien es cierto que el ejercicio privado de la especialidad permite al cirujano plástico desarrollar una actividad profesional más lucrativa, al ser la estética una de las pocas actividades médicas que queda fuera de coberturas sanitarias y seguros de salud, ello no le convierte sólo en un hábil comerciante que negocia con la salud de sus pacientes a cualquier precio. No dejemos que la superficialidad de la imagen que hasta ahora nos ha dado en su mayoría la ficción cinematográfica y televisiva de las intervenciones de cirugía plástica, y del modelo de sus profesionales, nos oculte la realidad de una gran especialidad que cumple en su sentido más profundo con la definición de salud que establece el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Pero no sólo el cine o la televisión deben dar esa imagen. Los propios cirujanos plásticos estamos obligados a presentarla a la sociedad y hacer que nuestro ejercicio sea reflejo de profesionalidad y de constante formación en una especialidad puntera e innovadora. No queramos tam-

poco parecernos al estereotipo que nos presenta la ficción imitando su frivolidad, la banalización de la cirugía que hacemos, sus ostentaciones y lujos visibles, o apareciendo constantemente en programas de divulgación científica frívola y en las revistas del colorín. Si no, nosotros mismos haremos que se nos siga viendo como simples seguidores de sueños, de belleza que roba humanidad, y perderemos el respeto por una gran especialidad que tal vez no damos a conocer en su verdadera dimensión. Aún estamos a tiempo. De lo contrario, no olvidemos que, incluso tras su muerte, Tagliacozzi fue condenado por interferir con la creación de Dios, y su cuerpo fue exhumado para ser sepultado en suelo no consagrado.

Bibliografía

- Audoubert L. La gran travesía de los Pirineos. Barcelona: Juventud; 1995.
- Canal Odisea. McIndoe: cirugía reconstructiva en la II Guerra Mundial.
- Canal Historia. Archibal McIndoe and the Guinea Pig Club.
- Coiffman F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. Bogotá: Amolca; 2008.
- McCarthy JG. Introduction to plastic surgery. En: Plastic surgery, vol. 1. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990. p. 1-68
- Mosley L. Faces from the fire: the biography of Sir Archibald McIndoe. Londres: Weidenfeld and Nicolson; 1962.
- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York, 22 de julio de 1946. Official Records of the World Health Organization, N° 2; 100.
- Programa de la Especialidad de Cirugía Plástica y Reparadora, Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia. Resolución 15-7-86. Actualizado en 1996.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). Disponible en: www.secpres.org
- Tagliacozzi G. De curtorum chirurgia per insitionem. Venecia: Gaspare Bindoni; 1597.
- Vilain R. Jeux de mains. París: Arthaud; 1992.



Masters of Sex y la sexología

Helena Boadas

Lo que podría parecer una excusa más para presentar otra serie controvertida y polémica de alto voltaje sexual, resulta ser uno de los mejores reflejos en pantalla del método científico. Basada en la biografía que escribió Thomas Maier sobre William Masters y Virginia Johnson, la pareja que convulsionó el mundo académico en los años 1950 y 1960 con sus estudios sobre la respuesta sexual humana, esta serie se estrenó en 2013 en el canal por cable Showtime (Dexter, Homeland) y ha conseguido labrarse un historial de rigor y fidelidad gracias, en parte, a la química de sus dos actores protagonistas: Michael Sheen y Lizzy Caplan.

«En 1956, un prestigioso médico especialista en fertilidad conoció a una antigua cantante de un club nocturno. Diez años después publicaron un estudio científico que revolucionó nuestra forma de entender la sexualidad.»

Una serie que empieza con estas dos frases, y además ambientada en los años cincuenta –en la primera escena vemos una cena de gala con los coches deliciosos, y los vestidos deliciosos, y la música deliciosa, de la época–, ya nos hace pedir una pizza y quedarnos pegados al sofá una hora detrás de otra. Pero es que Masters of Sex, además, tiene un valor añadido que para mí la hace todavía más interesante: es una historia real. Y bastante fiel a la realidad. Porque la historia de Masters y Johnson fue esencialmente tal como nos la explican en la serie.

¿Cómo empezó todo?

Por un lado tenemos a una Virginia Johnson de 32 años, divorciada tres veces y con dos hijos del último matrimonio con un rockero, que se había dedicado a cantar hasta el año anterior. Ahora trabaja de secretaria en el hospital de la Universidad de Washington, en Saint Louis, Missouri, rellenando seguros médicos. Tiene estudios de

música y ha empezado a estudiar sociología en la Universidad.

Mientras tanto, el doctor William H. Masters, de casi 40 años, obstetra de ese mismo hospital, después de más de 10 años de una carrera médica impecable comete la imprudencia de empezar a interesarse por la respuesta sexual humana. Los estudios de obstetricia del momento se centran en el nacimiento de los niños y obvian la parte en que estos son concebidos. Tiene pacientes que le preguntan qué pueden hacer si sienten dolor durante el coito, si no llegan al orgasmo o si no sienten placer. Frustrado porque solamente puede contestar «tenga un amante», «acostúmbrese» o «cambie de marido», el doctor Masters se da cuenta de la necesidad de sacar la sexualidad a la luz. El hecho de haber trabajado con uno de los discípulos de Kinsey al inicio de su carrera seguramente potenció su interés por este campo. Kinsey también había dado un vuelco a la historia de la sexualidad, unos años antes que Masters y Johnson. Puede que el lector conozca los estudios de Kinsey, o que haya visto la película basada en su vida y su trabajo, titulada *Kinsey*, que tiene bastantes parecidos con la serie Masters of Sex y nos da también una idea muy clara del punto en que estaba la his-

toria de la sexualidad en la época. Pero de momento volvamos al doctor Masters, que intenta empezar a estudiar la respuesta sexual humana. A lo largo de la historia de la medicina ha habido diferentes territorios prohibidos. Parece como si la humanidad necesitara reservar una parte del cuerpo para lo misterioso, lo desconocido, casi lo mágico. En esta parte, donde cabe lo impredecible, metemos todo aquello que no sabemos o no queremos explicar bien. Primero fue el cerebro; luego, el corazón. En los Estados Unidos de los años cincuenta, le toca al sexo. (Permítanme que abra un paréntesis: recientemente leí en un artículo sobre la migraña, del neurólogo Arturo Goicoechea, que este territorio mágico vuelve a ser el cerebro. El sexo, por descontado, ya no lo es, pero ¿el cerebro?, ¿territorio mágico? Pues parece que sí, parece que nos va muy bien poder afirmar cosas como que «solo utilizamos un 10% de nuestra capacidad cerebral» o «prácticamente no sabemos nada del cerebro», porque dejamos espacio para lo desconocido, lo inexplicable y lo inesperable; en definitiva, la magia. Y cierro paréntesis.) Decíamos que en esos Estados Unidos de la época el territorio prohibido es el sexo: no existe, no puede casi mencionarse. El doctor Masters se ve obligado a trabajar con prostitutas porque no tiene otra opción; en la segunda escena de la serie lo vemos encerrado en un armario espiando a una prostituta con un cliente, midiendo su respuesta sexual cronómetro en mano. Trabajar con prostitutas supone muchos problemas logísticos, dejando a un lado el hecho de que una relación sexual entre prostituta y cliente no es representativa de las relaciones sexuales en general. La mayoría de ellas, además, están afectadas de congestión pélvica crónica, cosa que también desvía los resultados. Finalmente, después de insistir mucho, el doctor consigue convencer a Willard Allen, su jefe de departamento en la Universidad de Washington, de que incluya su estudio en la universidad. Allen le advierte de que puede ser un suicidio profesional, pero el proyecto sigue adelante.

El doctor Masters necesita una ayudante y su secretaria no tiene el perfil adecuado. La vemos en el primer episodio, vestida con un traje de chaqueta verde y con ese aspecto difícil de explicar

—no tiene nada que ver con la belleza— que tienen algunas mujeres que no se sabe muy bien por qué se han ido alejando de la vida y del placer. La ayudante del doctor Masters tiene que ser una mujer especial. Sabe que ninguna doctora aceptaría el puesto, porque supondría un peligro para su reputación y su carrera profesional. Y aquí es cuando aparece Virginia como por arte de magia en su despacho, desplegando toda su sensualidad. Hablan del puesto de trabajo, hablan de sus ex maridos, hablan de sexo. «Antes de irse, dígame, ¿por qué una mujer fingiría un orgasmo?». «Para que él llegue rápidamente al clímax y así la mujer pueda seguir haciendo lo que más le apetezca». Virginia tiene la experiencia, la amplitud de mente y la franqueza que el doctor Masters necesita. Así empieza su colaboración —aunque Virginia no tenga prácticamente estudios universitarios ni el más mínimo conocimiento de fisiología—, que se alargará hasta la década de 1990, casi hasta el final de las vidas de ambos.

¿Qué metodologías utiliza el estudio científico? En general, el estudio de casos, las encuestas, la observación directa y el método experimental. Así como Alfred Kinsey utilizó las encuestas, Masters y Johnson utilizan la observación directa. Y no lo tienen fácil. Porque no es lo mismo observar el proceso de digestión de alguien que se ha comido una manzana, por poner un ejemplo, que observar cómo responde ese mismo sujeto ante la estimulación sexual. En la serie vemos cómo su estudio organiza un gran revuelo en el hospital universitario. Todos saben que en aquel despacho pasa algo interesante, pero nadie sabe exactamente qué. Incluso podemos ver a un médico joven y atractivo auscultando la pared con un fonendoscopio. Aquí, en este territorio difícil, es donde el doctor Masters y Virginia Johnson descubren que sus caracteres, sus habilidades y sus formas de ser se complementan formando un equipo de trabajo inmejorable. Todos los aspectos del carácter de Virginia que hemos enumerado antes se suman a los de Masters: este es obsesivo, exigente, riguroso, meticuloso, poco amigo de las relaciones sociales, de pocas palabras y muy serio, aunque no podemos olvidar su fino sentido del humor. Estas formas de ser de Masters y Johnson están muy bien re-



presentadas en la serie, excepto, en mi opinión, en un aspecto. En el personaje que encarna Michael Sheen, el doctor Masters de la serie, veo una dureza que no estoy segura de que formara parte del personaje real. Ser riguroso, serio y de pocas palabras no implica esa dureza a veces casi desagradable y que no he encontrado en ninguna de las biografías de William H. Masters, que hablan más bien de su gran humanidad y su tierna capacidad de comprensión. Pero excepto en este matiz, los dos personajes están muy bien representados.

Importancia de Masters y Johnson en la historia de la sexología

¿Realmente su trabajo fue tan relevante como se muestra en la serie? Sí, lo fue. Rotundamente sí. Sus estudios supusieron un antes y un después muy evidente en el estudio de la sexualidad humana, y además sentaron las bases para la revolución sexual de los años sesenta. Para empezar, consiguieron una información muy precisa sobre los cambios fisiológicos en la respuesta sexual humana. Además, definieron sus fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Fig. 1). Todos estos datos fueron clave para comprender profundamente la respuesta sexual humana y, sobre todo, para poder tratar sus posibles disfunciones. Pero vamos a ver con detalle cuáles son estas fases.

En la primera, la excitación, observamos un aumento del ritmo cardíaco y de la temperatura. La vasocongestión del área pélvica hace que el hombre experimente una erección y, en la mujer,

la vagina se expande y se lubrica. Los pechos y los pezones también se agrandan.

Cuando la excitación llega a su punto máximo, todos los cambios se mantienen a este nivel más alto; es la fase llamada meseta, que se caracteriza por una alta sensación de placer. Aunque la percepción sea de calma, en esta fase la tensión muscular va en aumento y es aquí donde suele aparecer el rubor sexual (algunas zonas del cuerpo, normalmente el pecho y las mejillas, enrojecen). Aumenta también la secreción vaginal en la mujer y el hombre suele sentir unas ganas intensas de eyacular. La duración de esta fase es muy variable y hay parejas que la alargan para disfrutar de este lapso de placer todo lo que puedan (yendo muy despacio, parando unos segundos, utilizando una estimulación más suave, cambiando de posición, etc.). En general, sin embargo, la mujer tiene la capacidad de alargarla más tiempo que el hombre.

Ahora la tensión muscular, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración se aceleran más y más hasta que llega el orgasmo. La tensión ha llegado hasta su punto máximo y se libera con esta explosión. Se producen unas contracciones involuntarias del pene en el hombre, de la vagina en la mujer y del esfínter anal en ambos. En el hombre se produce la eyaculación, ¡aunque no siempre! No es lo más habitual, pero puede haber orgasmo sin eyaculación en el hombre. En la mujer es al contrario: normalmente no hay eyaculación visible, aunque en algunos casos sí y se compone de una mezcla de orina y fluidos vaginales.

Parece que la eyaculación femenina actualmente está de moda en la pornografía, pero ¡atención!, la mayoría de las eyaculaciones femeninas de los vídeos pornográficos son falsas: las actrices tienen trucos para simular la eyaculación. Es importante saberlo, porque estas modas pueden suponer muchas frustraciones sexuales en parejas que piensan que algunas prácticas o fenómenos son habituales y se sienten obligados a buscarlos. En realidad, sí, hay mujeres que las experimentan, pero no son la mayoría, ni mucho menos, y además estas eyaculaciones son bastante más modestas que las que vemos en pantalla. Muchos problemas sexuales nacen

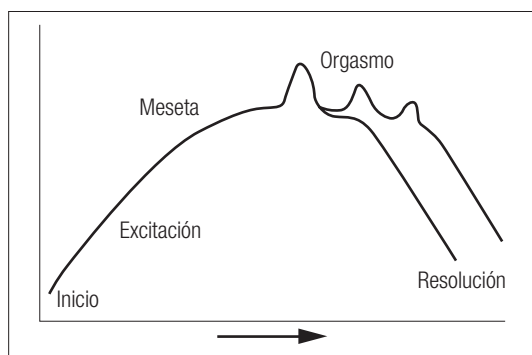


Figura 1. Esquema del ciclo de la respuesta sexual humana.

de preconcepciones o ideas falsas que tenemos en la cabeza en torno a la sexualidad. Así como en la época de Masters y Johnson estas ideas falsas nacían generalmente de la falta de información, a nosotros nos ha tocado lo contrario: tenemos muchísima información sexual y los problemas vienen de no entenderla o no digerirla bien. La pornografía es un lujo si se utiliza bien: puede animar nuestra vida sexual en un solo clic. El riesgo es hacerse una idea equivocada de la sexualidad, y esto pasa, y mucho, porque los modelos de la pornografía, aunque nos excite verlos, generalmente están muy alejados de la sexualidad real.

Pero volvamos al orgasmo. Además de la respuesta física, se produce también una gran respuesta emocional. Se incrementa el vínculo con la pareja a través de la liberación de determinadas hormonas y de la unión que siempre significa un placer compartido. Esta gran descarga emocional puede experimentarse en forma de llanto, gritos e incluso de risa; cada uno de nosotros lo expresa a su manera. Tanto hombres como mujeres pueden experimentar más de un orgasmo en cada relación sexual. El hombre, si ha eyaculado, necesita lo que se denomina período refractario (un tiempo de descanso antes de poderse volver a excitar). Las mujeres, afortunadamente, no lo necesitamos nunca y podemos tener un orgasmo detrás de otro. Una vez superado el orgasmo (o los orgasmos), poco a poco se restablece la actividad física y psíquica normal: es la fase de resolución. Las constantes vitales recuperan su tono y se produce una sensación de relax y bienestar general.

Masters y Johnson definieron estas cuatro fases –excitación, meseta, orgasmo y resolución–, pero en realidad faltaba una, la primera y esencial: el deseo. Sin deseo, la respuesta sexual no puede empezar. Lo añadió a la lista la sexóloga Hellen Kaplan en 1979, aunque en realidad Masters y Johnson ya habían hablado de ello. Precisamente defienden un concepto de sexualidad basado en la relación de pareja, en la comunicación, alejado del puro ejercicio mecánico que a veces pueden ser las relaciones sexuales, y que incluye el deseo. Así, sin haberlo incluido en su lista, lo leemos entre líneas sobre todo en sus

últimas obras. Pese a todo esto, sin embargo, el mérito de haberlo incluido con gran acierto en las fases de excitación sexual es de Kaplan.

En los hombres generalmente la excitación es más rápida pero el tiempo de meseta es más corto y además, caen en picado. En las mujeres, la excitación es más lenta y mantenida pero tienen la capacidad de alargar la meseta y los orgasmos. En ellas, además, el descenso es gradual (Fig. 1).

Todos estos datos fueron muy importantes para comprender profundamente la respuesta sexual humana y, sobre todo, para poder tratar las posibles disfunciones. Y digo «sobre todo» porque la aportación más importante de Masters y Johnson a la historia de la sexología fue, sin lugar a dudas, su terapia sexual. De hecho, la mayoría de las terapias sexuales eficaces que hoy se utilizan se han creado continuando el trabajo pionero de Masters y Johnson. Sus ideas fundamentales todavía son cien por cien vigentes y su propuesta sigue siendo muy efectiva, aunque se va adaptando a las necesidades del momento y a nuevas aportaciones e innovaciones.

Es importante aclarar que las disfunciones sexuales, objeto de la terapia propuesta por Masters y Johnson, son sólo una pequeña parte de un amplio espectro de posibles problemas relacionados con el sexo. La lista sería larguísima y podemos hablar de patrones de comportamiento problemático (exhibicionismo, pedofilia, agresividad sexual, comportamiento sexual compulsivo, conductas de riesgo, etc.), problemas de identidad de género, síndromes relacionados con la violencia y la victimización (debidos al abuso sexual en la niñez, al acoso sexual o la violencia sexual, fobias sexuales, etc.), síndromes relacionados con la reproducción (debido a la esterilidad, embarazos no deseados, abortos, etc.) e infecciones de transmisión sexual, entre muchos otros problemas y condiciones. Algunos de estos trastornos pueden tratarse con terapia, aunque no todos; siempre hay que buscar al profesional adecuado para cada caso y muchas veces se requiere un abordaje interdisciplinario.

Dejaremos de lado todo este espectro de problemas diversos relacionadas con el sexo y nos



centraremos en el objeto de la terapia de Masters y Johnson: las disfunciones sexuales. Hablamos de disfunción sexual cuando existe una dificultad durante cualquier etapa de la respuesta sexual de un individuo (deseo, excitación, meseta, orgasmo o resolución) y esta respuesta sexual se deteriora significativamente. Es una definición débil, pero de momento no tenemos ninguna mejor.

La sexología clásica distingue entre disfunciones sexuales masculinas y femeninas (Tabla 1). Aunque esta clasificación ya está superada, se sigue utilizando y conocerla puede ser interesante. Así pues, tradicionalmente las disfunciones sexuales en la mujer son tres: la disfunción sexual general se refiere a la falta de deseo y de excitación, y a la incapacidad para sentir placer; el vaginismo es una contracción involuntaria de la vagina que imposibilita la penetración; la disfunción orgásmica es la incapacidad de tener orgasmos. En el caso del hombre se describen cinco disfunciones: la disfunción eréctil es la incapacidad o dificultad para mantener una erección; la eyaculación prematura es una eyaculación rápida, poco tiempo después del inicio de la penetración, mientras que la eyaculación retardada es el fenómeno contrario; por último, hay hombres que son capaces de tener un orgasmo pero no pueden eyacular (incompetencia eyaculatoria) y, al contrario, hombres que pueden eyacular pero no pueden sentir un orgasmo.

A simple vista las disfunciones sexuales en el hombre y en la mujer parecen muy diferentes, pero en realidad no es así. La investigación sexual moderna propone una nueva clasificación de las

disfunciones mucho más acertada; finalmente hemos comprendido que, así como la respuesta sexual de hombres y mujeres es prácticamente igual, sus disfunciones también lo son (Tabla 2).

La sexología actual, pues, explica que, aunque se expresen de forma diferente, las disfunciones sexuales en hombres y mujeres son las mismas. Estas pueden estar relacionadas con la falta de respuesta del cuerpo en el momento de la excitación (problemas de tumescencia), con el orgasmo o bien con el dolor durante las relaciones sexuales. Es interesante observar que la incapacidad para conseguir o mantener la erección o la ausencia de lubricación vaginal tienen exactamente el mismo origen. Cada expresión de una disfunción tendrá sus peculiaridades en cada sexo y en cada persona, claro, pero es importante conocer este origen común. Solamente el vaginismo se mantiene como disfunción exclusivamente femenina, en una categoría aparte.

No hace falta que les diga que establecer dónde termina la salud sexual y dónde empiezan las disfunciones tiene mucho de subjetivo. ¿En qué momento un hombre, una mujer o una pareja deciden que el orgasmo de él es demasiado rápido? Puede ser que un tiempo determinado para una pareja suponga un problema y para otra no. ¿En qué momento el orgasmo de ella ocurre demasiado tarde? La respuesta es la misma. Una pareja buscará soluciones y se adaptará; otra lo vivirá como un problema que frustra su vida sexual. Muchas veces hay un problema evidente, como un vaginismo o una falta de erección que impiden la penetración, pero las cosas no siempre son tan evidentes. Incluso con una

Tabla 1. Disfunciones sexuales.

Mujeres	Hombres
Disfunción sexual general (frigidez)	Disfunción eréctil (impotencia)
Vaginismo	Eyaculación prematura
Disfunción orgásmica	Eyaculación retardada
	Incompetencia eyaculatoria
	Eyaculación sin orgasmo

Tabla 2.

-
- Trastornos del deseo sexual: igual en ambos sexos.
 - Problemas de tumescencia:
 - En la mujer: se presentan como falta de lubricación de la vagina.
 - En el hombre: se presentan como falta de erección del pene.
 - Problemas del orgasmo:
 - Según el momento de aparición:
 - Poco después de empezar el coito:
 - En la mujer no se considera un problema.
 - En el hombre se considera una disfunción si es demasiado pronto en opinión de él, de ella o de ambos.
 - Mucho tiempo después de empezar el coito:
 - En el hombre no se considera un problema.
 - En la mujer se considera una disfunción si es demasiado tarde en opinión de él, de ella o de ambos.
 - Ausencia de orgasmo: igual en ambos sexos.
 - Trastornos de dolor sexual: igual en ambos sexos.
 - Vaginismo: exclusivo de la mujer.
-

falta de erección puede disfrutarse de la vida sexual. Desde la sexología entendemos que cada pareja es un mundo y simplemente estamos aquí para ayudar a que la gente tenga una sexualidad feliz. Sobre todo, para que nadie sufra a causa de su vida sexual. Muchas veces las consultas se solucionan con una conversación de una hora en la que se desmonta alguna falsa creencia. A veces es así de fácil.

Hasta Masters y Johnson, los problemas sexuales se enmarcaban dentro de la medicina o la psiquiatría; o sea, se achacaban a problemas puramente fisiológicos o a trastornos de la salud mental. Los primeros se intentaban resolver con tratamientos médicos, y los segundos se trataban básicamente a través del psicoanálisis, con resultados muy poco efectivos. Lo que hacen Masters y Johnson es dar a las dificultades sexuales una dimensión humana y sobre todo relacional. Entienden que un problema sexual es un problema de la pareja, no de la persona. Y es así como los tratan: el objeto de la terapia es la relación de pareja. Por poner un ejemplo: hasta el momento, en un hombre con problemas para conseguir una erección se buscaban causas físicas dentro de la medicina, o bien era tratado con psicoanálisis para descubrir el origen de su impotencia. A partir de Masters y Johnson, esta

falta de erección se considera un problema de la relación de pareja: quizás el hombre se siente presionado, tiene miedo a fracasar y a perder a su pareja, o cualquier otra cosa con origen en el ámbito relacional (una vez descartados, evidentemente, los problemas médicos). Este cambio de enfoque supuso una revolución en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

El hecho de que su terapia no presente ni rastro de dogmatismos ni de arrogancia es un punto clave de su efectividad. Porque la terapia sexual tiene un peligro: ¿qué es una sexualidad normal, o natural, o sana? ¿Quién lo establece? ¿Es posible que los criterios científicos se mezclen con los culturales? ¿Es posible que el terapeuta se mueva, sin saberlo, por su moral?

Por ejemplo, vamos a fijarnos en la masturbación a lo largo de la historia. El gran médico griego Galeno, en la antigua Roma, recomendó a los terapeutas que masturbaran a sus pacientes femeninas para ayudarlas a recuperar su salud. Sin embargo, en el siglo XVIII, el médico suizo Samuel Tissot, para otras cosas brillante, tenía claro que la masturbación causaba enfermedades muy graves. En el siglo XIX, a muchas mujeres se les practicaba una ablación del clítoris (sí, en Europa y en América hasta hace cuatro días) para eliminar el hábito de la masturbación. A principios del



siglo xx, Wilhelm Reich defendía el onanismo para ayudar a recobrar la función sexual natural. Parece bastante chocante también que, siguiendo las recomendaciones de Galeno, algunos de sus colegas psicoanalíticos en Viena masturbaran a sus pacientes, mujeres, en las sesiones terapéuticas. Actualmente, este tipo de terapia está prohibida por los códigos éticos. Con todos estos ejemplos quiero decir que, muchas veces, lo que los médicos o terapeutas llaman natural es, en realidad, un valor tapado por un supuesto conocimiento científico. Es muy difícil –quizás imposible– establecer qué es una «sexualidad natural» según criterios científicos, y casi siempre habrá criterios ideológicos, morales o culturales en juego.

Hay un ejemplo de las conexiones entre ciencia y moral que me parece sensacional. Sucedió en 1973 y fue el éxito más grande de la medicina, casi un milagro: se curaron millones de personas de golpe, en una tarde. ¿Cómo? Simplemente, decidieron eliminar la homosexualidad del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Las versiones se van actualizando cada varios años, y aunque ha sido muy criticado porque medicaliza conductas que quizás no deberían medicalizarse, como fue la homosexualidad en su momento, es el manual que en la actualidad utilizan psiquiatras y psicólogos. Hoy la homosexualidad ya no es una perversión, pero lo era. ¿Quién nos puede asegurar que lo que ahora entendemos como perversiones (o parafilias, que es como se denominan actualmente las antiguas perversiones) dentro de unos años no se incluirán en la conducta sexual natural? Dependerá de la combinación de ciencia, cultura y moral del momento. En realidad, se trata simplemente de un conflicto entre individuo y sociedad. Al terapeuta sexual se le suponen la formación, la información y el sentido común para encontrar el punto justo, el mejor equilibrio que sea posible.

Masters y Johnson inauguraron una terapia sexual que se esfuerza por dejar a un lado los prejuicios morales para ver a la pareja tal como es y entender cada problema sexual dentro de sus circunstancias, con toneladas de sentido común.

Pero aunque Masters y Johnson fueron los que consiguieron sacar las disfunciones sexuales

del marco de la medicina y la psiquiatría, es evidente que no llegaron solos hasta aquí. Previamente hubo varios investigadores que empezaron a sentar las bases de lo que sería la sexología moderna. Quizás el más importante fue Alfred C. Kinsey, el primer investigador que habló en términos científicos de los hábitos sexuales. Esto, que se dice rápido, fue un acto casi revolucionario. Realizó encuestas a miles de hombres y mujeres, con centenares de preguntas en cada encuesta. Los entrevistadores estaban muy bien seleccionados, incluso se sabían las preguntas de memoria, y los cuestionarios estaban muy bien hechos, por lo que la investigación tuvo plena validez. Sus resultados sacaron a la luz hábitos que supuestamente no existían; por ejemplo, se vio que los encuentros sexuales fuera del matrimonio eran frecuentes, que la masturbación era muy habitual y que muchas personas tenían experiencias homosexuales ocasionales. Uno de los éxitos de Kinsey fue crear una escala de clasificación del grado de heterosexualidad-homosexualidad. Este hecho fue revolucionario, porque hasta el momento se clasificaba a la población en homosexuales o heterosexuales, y la investigación de Kinsey demostró que esta división no es posible: la orientación sexual es un *continuum* que va desde la heterosexualidad pura hasta la homosexualidad pura. Todos y cada uno de nosotros nos situamos en algún punto de este *continuum*. La escala Kinsey (Fig. 2) todavía se usa en algunos cuestionarios de sexualidad, y toda la información de sus encuestas, publicadas en dos libros, son muy valiosas.

Después de Masters y Johnson, y sobre todo a partir de la revolución sexual, la sexualidad se ha normalizado y los estudios se han convertido en algo habitual (*Informe anual de Durex, Encuesta de salud y hábitos sexuales* del Instituto Nacional de Estadística, estudios de la Federación Española de Sociedades de Sexología...). Quizás el último estudio que supuso un cambio social fue el de Shere Hite, publicado en los años setenta, que parte de los estudios de Masters y Johnson y de Kinsey. Hite realizó miles de cuestionarios sobre actitudes y conductas sexuales en hombres y mujeres. Al Informe Hite se le critica la falta de rigor estadístico y de tratamiento de

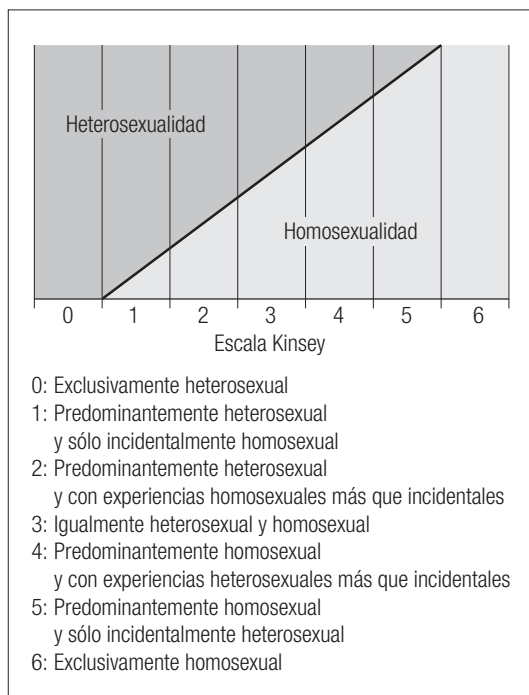


Figura 2. Escala Kinsey.

los datos. En realidad es así, porque más que un análisis es un compendio de historias. Pero igualmente tiene una gran importancia, porque es una forma muy valiosa de explicar la sexualidad y de romper mitos y tabúes.

«El único requisito para una buena vida sexual es una pareja interesante e interesada»

Los trabajos de Masters y Johnson, lo hemos visto, empezaron a sentar las bases de la revolución sexual. No hace falta decir que la revolución sexual supuso una liberación en mayúsculas para hombres y mujeres (sobre todo para estas últimas). Podríamos hablar de igualdad de sexos, de la aparición de los anticonceptivos y, en numerosos países, del aborto libre. Con la revolución sexual se han normalizado diferentes tipos de sexualidad, las relaciones fuera del matrimonio, los hijos fuera del matrimonio, las familias homosexuales o monoparentales, e incluso el matrimonio entre personas del mismo sexo. Y todo ello era muy necesario y es una maravilla. Sin embargo, hay un «pero» importan-

te. La revolución sexual parte de la libertad para tener relaciones sexuales con quien queramos tenerlas, y eso está muy bien, pero hemos llegado a un punto que no estaba previsto en la liberación sexual original: la frivolidad de las relaciones sexuales. El sexo es un acto de comunicación íntima y profunda que tiene consecuencias físicas y emocionales. Quitar al sexo esta trascendencia y convertirlo en un mero acto de descarga física está provocando –paradoja– los mismos problemas que nos suponía la obligación de tener relaciones sexuales dentro de un matrimonio en el que no queríamos estar.

Masters y Johnson, en sus últimas obras, hablan de esta conexión íntima, del diálogo profundo entre dos cuerpos que trasciende el mero contacto físico. Ellos mismos experimentaron esta comunión entre ellos. Y se eligieron, aun estando el doctor Masters casado. Según como se lea, la búsqueda de una sexualidad que sea algo más que una descarga física puede entenderse como una postura conservadora, carca, casi puritana. En mi opinión, se trata de lo contrario: actualmente me parece el acto más revolucionario. La liberación sexual nos ha proporcionado precisamente la libertad para hacer lo que queramos. Ahora nos toca elegir bien. Esto no significa necesariamente elegir una pareja para casarnos. Podemos elegir tener relaciones sexuales con alguien del mismo sexo, con dos personas o simplemente no tenerlas con nadie. ¿Por qué no? Podemos hacer lo que deseamos. Pero tiene que tener algún sentido y, sobre todo, nos tiene que hacer sentir bien. Actualmente, en la consulta vemos muchas mujeres que se han creído esta revolución sexual mal digerida a lo Sexo en Nueva York y no eligen bien a sus parejas sexuales porque no han aprendido a discriminar en este sentido. El resultado (sin prejuicios morales de ningún tipo, es una evidencia) es que se sienten mal. Las personas somos capaces de experimentar un gran placer sexual si la pareja que tenemos delante (una pareja en la forma que sea: matrimonio, amistad, pareja de hecho, sexo esporádico, da igual) nos ve. Si nos reconoce. Si nos gusta y si le gustamos.

Lo dijo el doctor Masters al final de su vida: «El único requisito para una buena vida sexual es una pareja interesante e interesada».



¿Y qué pasó con Masters y Johnson?

Escribo este capítulo cuando se han emitido dos temporadas de *Masters of Sex* y con la tercera en construcción. Como, sin embargo, la vida real de Masters y Johnson sí la conocemos, les puedo decir que (ahora vienen *spoilers*) finalmente él se divorció de Libby, con la que había tenido tres hijos. El doctor Masters y Virginia Johnson se casaron en 1971. La clínica que un año antes habían inaugurado en Saint Louis se convirtió en 1978 en el Instituto Masters and Johnson. Trabajaron juntos hasta 1992. Una Virginia de 60 años con ganas de disfrutar de sus últimos años, de su vida familiar y de viajar, se cansó de un marido que se pasaba prácticamente todo el día encerrado en su despacho trabajando, y en 1993 se divorciaron. Un año después William, enfermo de Parkinson, se retiró y se volvió a casar, esta vez con un antiguo amor de la infancia. El Instituto Masters and Johnson cerró sus puertas en 1994, aunque Virginia siguió trabajando prácticamente hasta su muerte.

El doctor William H. Masters murió en 2001 y Virginia Johnson en 2013.

Bibliografía publicada por los investigadores citados

- Respuesta sexual humana. Masters y Johnson, 1966.
- Inadecuación sexual humana. Masters y Johnson, 1970.
- El vínculo del placer. Masters y Johnson, 1974.
- Comportamiento sexual en el hombre. Alfred Kinsey, 1948.
- Comportamiento sexual en la mujer. Alfred Kinsey, 1953.
- Informe Hite de sexualidad femenina. Shere Hite, 1976.
- Informe Hite de sexualidad masculina. Shere Hite, 1981.
- La nueva terapia sexual. Helen Kaplan, 1974.



CSI y la medicina forense

Adriana Farré, Marta Torrens, Josep-Eladi Baños y Magí Farré

Paradigma de las franquicias televisivas, esta serie sobre un equipo de forenses ultramoderno capaz de resolver los casos más complejos en cuestión de minutos abrió en la CBS tres sucursales en ciudades distintas y una nueva división sobre delitos informáticos denominada Cyber. La ficción original, que debutó en el año 2000 con el ya mítico Gil Grissom como jefe de la unidad de CSI en Las Vegas, cerró sus puertas en 2015 después de 15 temporadas ininterrumpidas y un total de 337 episodios. Los spin-off de Miami y Nueva York se estrenaron con notable éxito en 2002 y 2004, respectivamente, para terminar 10 años después. Cyber se mantiene en antena y reúne cada semana a una media de 10 millones de espectadores.

Crime Scene Investigation (conocida como CSI o CSI: Las Vegas) es una serie de televisión norteamericana creada por Anthony E. Zuiker y producida por Jerry Bruckheimer, que se estrenó en octubre de 2000 en el canal CBS y finalizó, tras 15 temporadas, en 2015. El último episodio fue doble y se vio en los Estados Unidos el 27 de septiembre de 2015. Fue un éxito televisivo en la primera década de este siglo, con una audiencia mundial de más de 73,8 millones de espectadores en 2009. En 2012 fue reconocida como la serie de televisión más vista en el mundo por quinta vez, y es que CSI se ha proyectado en más de 200 países. Aun así, en los premios Emmy sólo tuvo tres premios en categorías técnicas. En España se estrenó en 2002 y las primeras temporadas tuvieron un gran éxito, con cuotas medias de pantalla superiores al 25%. Se ha visto en abierto en las cadenas Telecinco y Cuatro, y en otros canales.

El éxito propició que se convirtiera en una franquicia que generó tres derivados: CSI: Miami (2002-2012), CSI: Nueva York (2004-2013) y CSI: Cyber (desde 2014). La estructura de las tres CSI asociadas a ciudades es muy similar: investigar la escena del crimen en directo, recoger pruebas y resolver el misterio, aunque los personajes son

distintos. La serie original está ambientada en la ciudad estadounidense de Las Vegas (Nevada) y se centra en el trabajo de un grupo de científicos forenses y criminólogos que pertenecen al departamento de policía de la ciudad e investigan algunos de los crímenes que allí suceden. El equipo está entrenado en resolver cada caso mediante la recogida y el análisis de las pruebas del crimen, la búsqueda de los culpables y el interrogatorio de testigos y sospechosos. Trabajan las 24 horas del día hasta que resuelven la situación. Cada episodio tiene una trama principal relacionada con un delito de sangre y una secundaria que afecta a los investigadores. El crimen o delito se resuelve casi siempre en un solo episodio.

Las claves del éxito de los forenses

El éxito de la serie original y sus franquicias se explica, según los expertos, por la mezcla de los guiones de ficción policial y médico-científica, así como por la forma de su realización. En cuanto a la primera, destacan la rigurosidad y el detalle de la recogida y el análisis de las pruebas, la visión de parte de la autopsia forense, el uso de tecnología sofisticada y rápida para los análisis,

incluidos los genéticos y toxicológicos, y el conocimiento científico de los investigadores.

En su momento CSI utilizaba una realización novedosa, con muchos efectos especiales, y un uso original del color y la luz. Además, se filma con cámaras de película de 35 mm, como las habituales del cine. Las tramas suelen ocurrir de noche, el montaje es trepidante, se cambia de escenarios interiores y exteriores con frecuencia, y la estética de algunas escenas parece propia de un videoclip. Las hipótesis iniciales de los hechos y la resolución de los mismos se presentan en forma de *flashback*, en blanco y negro o en color sepia.

Debido a su popularidad, ha recibido numerosas críticas tanto por el nivel de violencia gráfica y de su contenido sexual como por la imagen poco realista del procedimiento con que se resuelve un crimen. Se la ha acusado de ser muy excesiva en la violencia. No se rehúye mostrar de forma clara las lesiones producidas a las víctimas (hay siempre abundante sangre), ni se evita la podredumbre de los tejidos repletos de insectos reveladores. En la necropsia, los cadáveres se muestran claramente y con las vísceras al descubierto. Se realizan simulaciones de golpes, reconstrucciones de la identidad de los culpables y siempre hay detalles minuciosos del trabajo de análisis de laboratorio de las pruebas. Se usan ampliaciones y microcámaras para mostrar las lesiones con gran detalle o para revelar las trayectorias de las balas, las heridas o el interior de los órganos, siendo esta una de las originalidades de la serie en sus inicios.

Aplicando el método CSI

Los guiones de CSI y sus franquicias son muy similares. Se inicia con la presentación del crimen o delito antes de los créditos del capítulo. Después llegan los investigadores de CSI que hacen una inspección visual muy detallada del cadáver y del lugar, se revisa con minuciosidad al fallecido, se fotografía la escena y se recogen cuidadosamente las pruebas; esta tarea se muestra con gran detenimiento. En ese momento se interroga además a los testigos o posibles culpables y se hacen las primeras detenciones, si se considera

necesario. Los detalles del asesinato se comentan entre los investigadores y se hacen las primeras hipótesis sobre lo sucedido (normalmente equivocadas) ya en ese momento o tras los primeros análisis de pruebas.

El trabajo sigue en el laboratorio forense, donde se analizan las pruebas con métodos tecnológicamente avanzados, que incluyen huellas dactilares, restos biológicos o de materiales, balística, reconocimiento de insectos, análisis de ADN y detección de tóxicos y medicamentos. Todo ello se presenta de forma trepidante y los resultados se obtienen casi de inmediato. Los investigadores consultan con el patólogo forense y comentan los resultados de la autopsia de forma detallada. Se consultan bases de datos para identificar al caso, a presuntos implicados o a personas que pudieran tener relación con el mismo. El trabajo sigue con nuevos interrogatorios y el análisis de nuevas pruebas, algunas de nuevos asesinatos o de nuevos delitos relacionados con el caso. Se encuentran más pistas, o si hay una nueva pista se procede a un nuevo análisis, se interroga de nuevo a los sospechosos, se encuentran o revisan las nuevas pruebas, se formula la hipótesis final (que es la cierta) y se resuelve el caso al descubrir e interrogar al culpable.

CSI en oposición a la realidad

A pesar de que los productores de la serie la consideran realista, CSI no deja de ser una ficción. Hay grandes diferencias entre lo que cuenta la pantalla y la realidad de la investigación policial y forense. Para empezar, en CSI parece que todos los miembros del equipo son capaces de afrontar todas las etapas de la investigación. Se desplazan al lugar del crimen, procesan la escena, recogen las pruebas, interrogan a los testigos o sospechosos, analizan las pruebas y actúan casi siempre en la calle o en edificios para detener al criminal. Sorprende el hecho de que van armados y hacen uso de armas de fuego si la situación lo requiere. En última instancia, resuelven el crimen. Parece que todos saben de todo, aunque es cierto que algunos de los técnicos sólo trabajan en el laboratorio, algunos policías



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

no hacen trabajo biológico y el patólogo forense sólo realiza autopsias.

La realidad de la investigación criminal y la medicina forense, en todos los países, es claramente distinta. En realidad, existe una clara separación entre la policía judicial, que investiga y detiene a los acusados; la policía científica, que recoge las pruebas y las analiza; y los forenses, que trabajan en los institutos de medicina legal. Cada uno se dedica a sus propias funciones, sin participar en las de los demás profesionales. En España, el analista forense no forma parte del equipo investigador: es un técnico que solamente debe decir lo que encuentra ante el juez, sin más. Lo más sorprendente es el papel de los miembros de CSI en los interrogatorios y en las detenciones, claramente una exageración lejos de la realidad y muy cerca de la ficción.

Los personajes del equipo CSI parecen científicos, o en todo caso, policías que aplican el método científico para resolver sus casos. Se aplican antes la ciencia, la lógica y la deducción que las armas. Lo más importante son las pruebas, que siempre son concluyentes, a diferencia de los interrogatorios. Esto queda claro en su actitud: las personas interrogadas mienten, las pruebas son evidencias absolutas. En la escena del crimen visten de forma característica, con su chaqueta identificadora de grupo. En la comisaría-laboratorio de criminalística visten batas de laboratorio y están rodeados de aparatos de análisis y ordenadores. El laboratorio está oscuro y lleno de aparatos, matraces, vasos de precipitados y tubos llenos de líquidos misteriosos y microscopios de alta tecnología. Aparecen manipulando muestras, pipeteando o colocando viales en un analizador. Revisan los resultados y llegan a las conclusiones pertinentes. Todos ellos parecen tener las habilidades de los investigadores de laboratorio y usan lenguaje científico y médico sin problemas. La realidad es muy diferente, como muestran los argumentos antes mencionados.

Tanto la recogida de pruebas o muestras como su procesamiento y análisis de laboratorio se hacen con el uso de tecnología muy avanzada. Nunca falta un aparato para determinar algo, todo es ultramoderno y, lo que es más importante y sorprendente, los resultados se consiguen

con gran rapidez. Esta situación es válida tanto para las consultas de bases de datos de identificación, el procesamiento y la detección de las huellas dactilares, como para los análisis de toxicología o las pruebas genéticas de ADN. Parece que toda la tecnología y el personal se ponen al servicio del caso actual. No hay retrasos, ni averías; no hay colas ni esperas, y todo sale bien a la primera sin tener que repetirlo. En los episodios no se muestran el tiempo y los procedimientos de preparación que requieren los análisis, ni el tiempo para la extracción de las muestras, que siempre es mucho más lenta. Todo es muy fácil: se coloca en el aparato adecuado y se obtiene enseguida el resultado que se requiere. En la serie, todos los crímenes se resuelven en horas o pocos días.

Evidentemente esto contrasta con la realidad, con restricciones de utillaje, personal y técnicas, incluso en países como los Estados Unidos. Muchas técnicas no puedan aplicarse, y en otras es posible que los resultados se retrasen meses e incluso años. La ciencia requiere paciencia, es tediosa y lleva tiempo. Los medios son, con demasiada frecuencia, menores que las necesidades.

La ficción obliga a que los casos sean llamativos y complejos, para dar interés y duración a la trama de cada capítulo. En las primeras temporadas era frecuente que varios casos se investigaran de forma simultánea en un solo capítulo, pero en las más recientes prácticamente hay un caso por episodio. Los delitos muchas veces están basados en casos reales, pero se presentan de forma más realista o son claramente exóticos. Un análisis de la primera temporada mostró un total de 74 casos investigados en los 23 episodios. La mayoría se correspondían con crímenes violentos (72%), especialmente asesinatos (64%), robos, violaciones, suicidios, secuestros, extorsiones y accidentes. La mayoría de los imputados fueron hombres (77%) y de raza blanca (87%). Las víctimas fueron mayoritariamente hombres (66%) y de raza caucásica (91%). La agresión se produjo mayoritariamente por armas de fuego (36%) y con cuchillo u otros instrumentos cortantes (17%). En la realidad, la mayoría de las investigaciones son rutinarias y es difícil que

un policía pueda investigar con frecuencia casos tan espectaculares o complejos.

La serie refuerza la percepción de que los criminales siempre dejan suficientes pistas para permitir la resolución del crimen, lo que ocurre en la mayoría de los casos. A pesar de los continuos avances en la ciencia forense, hay situaciones en las que simplemente no hay suficientes pruebas para resolver el crimen o las disponibles no ayudan a resolverlo. Parece que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los analistas forenses están siempre un paso por delante de los criminales, lo que evidentemente muchas veces no es cierto.

El efecto CSI

Uno de los problemas más grandes que trajo la serie fueron las altas expectativas creadas en las personas de la vida real. Viendo la serie, todo el mundo cree que los crímenes pueden resolverse en dos horas, que los datos se procesan en minutos y que un laboratorio forense está lleno de máquinas de alta tecnología con muchas luces láser y que hacen todo el trabajo por ti. La realidad es que los procesos son largos y aburridos, aunque eso no los hace menos importantes.

El efecto CSI, a veces denominado «síndrome CSI», se refiere a las varias formas en que la representación exagerada de la ciencia forense en CSI y otros programas de televisión influye en la percepción pública de la criminalística. Las avanzadas técnicas mostradas en estas series aumentan las expectativas de los jueces, jurados y delincuentes en los juicios, respecto a las pruebas encontradas en la escena del crimen. El término se emplea en los Estados Unidos para la exigencia por parte de los jurados de tener más pruebas forenses en los juicios penales con el fin de poder tomar decisiones más fundamentadas. El mismo fenómeno se aplica a los abogados defensores, que solicitan mayor número de pruebas incriminatorias. Y lo mismo ocurre con la policía, que también ha incrementado la petición de estas. La realidad es que, en la mayoría de las ocasiones, sólo se consigue una sobrecarga de trabajo de los laboratorios de criminalística o de medicina forense.

El éxito de CSI y de otras series afines incrementó el interés del público por la medicina forense y el número de matriculados en cursos sobre la materia. En España no se tienen datos fehacientes de su influencia en la matriculación en el Grado de Criminología que imparten muchas universidades, aunque es posible que, como ocurre con todas las series populares, haga crecer el interés por la materia y aparezcan más vocaciones. Sin embargo, la confusión entre criminología y criminalística puede llevar a la frustración de las expectativas de aquellos que inician estudios de la primera desconociendo lo que es en realidad.

Uno de los efectos negativos de CSI y de series similares es que los delincuentes pueden aprender de ellas y, como resultado, preparar mejor sus acciones y ejecutarlas con más minuciosidad para dejar las menos pruebas incriminatorias posible en la escena del crimen. El resultado sería una mayor dificultad para los investigadores en la resolución de los casos.

Al final, lo más importante es saber distinguir entre realidad y ficción, entre lo que es la investigación policial y la medicina forense frente a lo que es una ficción televisiva, que quiere mostrar la realidad de forma entretenida, lo que la lleva a exagerar las situaciones para poder divertir y fidelizar a la audiencia. Si además se aprende algo, pues mejor. La realidad suele ser más rutinaria, lenta y aburrida, aunque como dice la frase popular, «en ocasiones, la realidad supera a la ficción».

Bibliografía

- Deustch SK, Cavender G. CSI and forensic realism. *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*. 2008;15:34-53.
- Durnal EW. Crime scene investigation (as seen on TV). *Forensic Science International*. 2010;199:1-5.
- García Borrás F. La serie CSI como metáfora de algunas facetas del trabajo científico. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*. 2005;2:374-87.
- Houck MM. CSI: reality. *Scientific American*. 2006;July: 85-9.
- Hughes T, Magers M. The perceived impact of Crime Scene Investigation shows on the Administration of Justice. *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*. 2007;14:259-76.
- Kopacki C. Examining the CSI effect and the influence of forensic crime television on future jurors. 2013. VCU Theses and Dissertations. Paper 3178.



LA MEDICINA EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN

- Machado H. Prisoners' views of CSI's portrayal of forensic identification technologies: a grounded assessment. *New Genetics and Society*. 2012;31:271-84.
- Marrinan C, Parker S. La guía definitiva. CSI: Crime Scene Investigation. Barcelona: Ediciones B; 2008.
- Oros M. La nueva ciencia forense en la novela y en el cine actual. *InterseXiones*. 2011;2:199-218.
- Smith SM, Stinson V, Patry MW. Fact or fiction? The myth and reality of the CSI effect. *Court Review: The Journal of the American Judges Association*. 2011. Paper 355.
- Tous A. Paleotelevisión, neotelevisión y metatelevisión en las series dramáticas estadounidenses. *Comunicar, Revista Científica de Educomunicación*. 2009;XVII:175-83.
- Tous A. El sorgiment d'un nou imaginari a la ficció televisiva de qualitat. *Quaderns del CAC*. 2008-09;31-32:115-23.
- Tous A. El text audiovisual: anàlisi des d'una perspectiva mediològica. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona; 2008.
- Wikipedia, the free encyclopedia. Crime scene investigation (CSI). Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/CSI:_Crime_Scene_Investigation



Homeland y el mundo de las emociones

Liana Vehil y Luis Lalucat

Los productores de la adrenalínica 24, Howard Gordon y Alex Gansa, se ganaron por fin el respaldo de la crítica con esta adaptación de la serie israelí Hatufim, que llegó al canal por cable Showtime en 2011 y que todavía permanece en antena. Lo que empezó como un juego de suspense y ambigüedad entre una agente de la CIA con trastorno bipolar (Claire Danes) y un marine estadounidense recién llegado de su cautiverio a manos de Al-Qaeda (Damian Lewis), ha terminado por convertirse en una apasionante ficción de espías que año tras año se cuela entre las favoritas a los premios Emmy (el año de su estreno arrasó con seis galardones), y que ha “enganchado” hasta al mismísimo presidente Obama.

Los diferentes estados emocionales, así como sus perturbaciones, han generado un gran interés en las distintas artes narrativas. La historia de la literatura nos acerca a las vidas y pasiones de personajes fascinantes; recordemos las ensoñaciones y decepciones emotivas de Madame Bovary en la obra maestra de Gustave Flaubert, o los sufrimientos afectivos de los protagonistas de las novelas de Fedor Dostoievski, presos de su devenir emocional y de una percepción exaltadamente introspectiva de sus experiencias vitales. El arte cinematográfico en particular ha explorado la personalidad humana y nos ha hecho sentir como propias las reacciones de personajes de ficción. Las películas, primero, y las series más recientemente, nos han fascinado con las vidas de héroes cotidianos, que muestran su parecido con nosotros y revelan nuestros propios miedos y deseos. El trato ofrecido a los estados emocionales constituye, de hecho, el núcleo articulador de todo un género cinematográfico como el melodrama, que desde Douglas Sirk hasta Pedro Almodóvar, pasando por Rainer W. Fassbinder y recientemente por *El lado bueno de las cosas*, de David O. Russell, nos sumergen en las profundidades de las emociones humanas más extremas.

Homeland es una serie de acción que centra su interés en el abordaje de conflictos internacionales y del combate contra el terrorismo; su ritmo es trepidante y las decisiones deben tomarse con celeridad; es la supremacía de la acción sobre la introspección. Aunque la finalidad principal de la serie no reside en la descripción del funcionamiento mental de sus personajes, los guionistas nos ofrecen elementos de identificación con ellos al mostrarnos la manera en que la exposición continuada a situaciones de riesgo puede afectar a sus mentes y a sus estados emocionales. Este interés se centra particularmente en la protagonista principal, el personaje de Carrie Mathison, agente de la CIA que ha sido diagnosticada de trastorno bipolar.

El trastorno bipolar es considerado como uno de los más importantes trastornos psicopatológicos que afectan al estado del ánimo. Se denominan así aquellos trastornos que se caracterizan por alteraciones del humor. El estado de ánimo está constituido por el conjunto de emociones que las distintas vivencias evocan en el sujeto. Estos estados emocionales y las conductas resultantes se consideran saludables y acordes a la norma cuando se adaptan al contexto en que se manifiestan. En términos generales, y a riesgo

de simplificación en aras de la claridad, consideraríamos dentro de un marco de reacciones adaptadas al entorno la irritación ante una injusticia, la tristeza ante una pérdida o la alegría ante una buena noticia; también se aceptaría una pérdida del control sobre la expresión de los sentimientos o la irritación exagerada ante situaciones fuertemente estresantes si se producen de forma momentánea. Por el contrario, cabe pensar en un trastorno si estas reacciones se producen de manera repetida o exagerada, sin relación cualitativa o cuantitativa aparente con los estímulos externos, y cuando son determinantes de la relación del sujeto con la realidad que lo circunda.

Considerado como un trastorno mental grave, el trastorno bipolar, antes conocido como enfermedad maniaco-depresiva, se caracteriza por un estado de ánimo cambiante, que fluctúa entre dos polos opuestos: la manía, o fase en que se manifiesta la exaltación, la euforia y la grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Podemos observar estas fluctuaciones en el personaje de Carrie cuando en unos momentos incurre en situaciones de gran riesgo al seguir únicamente sus impulsos, despreciando las advertencias de sus compañeros, o bien, por el contrario, en aquellos otros en que se recluye, presa del llanto y el desánimo, y lleva a cabo un intento de suicidio.

Este esquema inicial de alternancia cíclica entre la manía y la depresión no se presenta de manera uniforme en todos los sujetos que padecen este trastorno. Pueden darse casos en los que la alternancia de estados eufóricos y depresivos se combine con fases más o menos prolongadas de plena estabilidad y restitución funcional, con una buena respuesta al tratamiento, ausencia de problemas asociados y con retorno a una vida plenamente autónoma. Aun así, la mayoría de las personas suelen enfrentarse a una evolución más tórpida, con frecuentes recaídas y presencia de otras manifestaciones clínicas asociadas, como la ansiedad, el abuso de sustancias y la presencia de algún grado de deterioro funcional.

En las fases de manía, pueden darse también presentaciones diferentes: por un lado, un estado de tipo hipomaniaco o eufórico en el que

aparece un ánimo elevado y expansivo, con irritabilidad e impulsividad, inquietud, agitación, desinhibición y verborrea, que sin embargo no interfiere de manera importante con las actividades cotidianas; por otro, un estado franco de manía en que predominan los síntomas maníacos de carácter más invalidante, que interfiere gravemente en el desempeño funcional de la persona, llegando en algunos casos al desarrollo de síntomas psicóticos, tales como delirios o alucinaciones, y que en ocasiones pueden requerir un ingreso psiquiátrico.

Es fácil reconocer en las descripciones anteriores algunos de los momentos y conductas por los que atraviesa Carrie: parece incurrir en un estado hipomaniaco cuando toma decisiones siguiendo sus impulsos sin considerar los riesgos asociados a ellas o da muestras de una exagerada autoestima que no resulta congruente con el contexto en que se encuentra. Pero al mismo tiempo, mantiene un buen nivel de competencia, es capaz de establecer una relación personal significativa a la que permanece emocionalmente fiel, y modular su irritabilidad. Sin embargo, también muestra una presentación clínica más grave en aquellos momentos en que estas conductas escapan a su control, pierde la capacidad de empatía, se sumerge en sus emociones y llega a tener percepciones distorsionadas y a elaborar ideas delirantes de confabulación. Es en estos momentos cuando aparece la necesidad de hospitalización.

Carrie muestra así mismo una sintomatología propia de las fases depresivas cuando aparecen abrumadores sentimientos de tristeza y desesperanza, fatiga, ansiedad y marcada alteración de sus ritmos vitales, como el insomnio y la pérdida de apetito.

Las informaciones aportadas por la serie pueden hacer pensar también en algún episodio mixto, es decir, aquel en que se combinan simultáneamente síntomas de tipo maniaco y depresivo. Así, se asocian síntomas de hiperactividad, inquietud, bajo estado de ánimo, tendencia al llanto y sentimientos de culpa. Como queda reflejado en la serie, esta variabilidad del episodio mixto complica en gran medida el diagnóstico y el tratamiento, y tiene como consecuencia más negativa un incremento del riesgo de suicidio.



Dada la variabilidad de las presentaciones clínicas, se ha subdividido el trastorno bipolar en dos modalidades: de tipo I, con alternancia de cuadros depresivos y maníacos, y de tipo II, con sintomatología depresiva e hipomaniaca. En nuestro caso, la conducta de Carrie podría asemejarse más bien al trastorno bipolar de tipo II.

Las investigaciones desarrolladas en torno a las hipótesis etiológicas del trastorno muestran la importancia de la carga genética, que apunta a una mayor vulnerabilidad personal y que parece confirmar que la presencia de un trastorno del espectro bipolar en un progenitor incrementa la posibilidad de padecerlo en su descendencia. Como sucede con otros estados mentales complejos, las causas suelen ser multifactoriales y, en consecuencia, se destaca la influencia de otros aspectos vinculados al desarrollo. Unas relaciones infantiles alteradas o desestructuradas pueden sumarse a la variable genética, y contribuir a la formación de un aparato psíquico frágil y susceptible a desencadenar una posterior aparición del trastorno. Más allá del hecho de que su padre padezca su misma dolencia, algunas experiencias familiares de Carrie podrían estar relacionadas con la difícil regulación de sus estados de ánimo; las dificultades experimentadas por su madre para afrontar el sufrimiento mental, así como su inestabilidad relacional y la psicopatología manifiesta del padre, hacen pensar en un ambiente en que los conflictos emocionales generan movimientos circulares disfuncionales que se retroalimentan, causando un gran malestar y dificultando la resolución de los problemas vitales. La huida como recurso mitigador del sufrimiento, en lugar de la elaboración de los duelos, puede haber marcado su ambiente emocional familiar. En la serie, Carrie raramente confía en la introspección para hacer frente y superar sus conflictos y pérdidas, mientras que opta por elecciones vitales que pueden favorecer la desestabilización de las emociones y contribuir a su desarrollo psicopatológico, como son el gusto por el riesgo y una elección laboral que la somete a menudo a situaciones de estrés y gran riesgo para su salud física y mental.

Sabemos que el trastorno bipolar suele evolucionar hacia la cronicidad. Sus manifestaciones

más invalidantes tienden a aparecer de manera progresiva a lo largo de la vida y en general van limitando la capacidad funcional de la persona. Aunque en la serie esto no se muestra así, ya que la conducta de Carrie aparece perfectamente adaptada a su contexto laboral, nos ofrece la imagen de alguien que bordea con frecuencia la crisis emocional y el riesgo físico, pero que consigue también óptimos resultados en la resolución de las tareas que le han sido encomendadas. Tan sólo en algún momento la tensión es excesiva y afecta a su capacidad de trabajo y a la calidad de sus relaciones interpersonales. No tenemos datos suficientes para valorar la previsible evolución del trastorno y debemos siempre considerar la variabilidad de las características personales, pero en el caso de Carrie podría tener lugar también una evolución hacia la cronicidad; de hecho, la frecuencia de los episodios críticos va aumentando, hasta producirse dos de ellos en un intervalo temporal muy breve.

En el desarrollo del trastorno tiene gran influencia la calidad del abordaje terapéutico, y por el hecho de tratarse de un trastorno de alta complejidad requiere un tratamiento integral, tanto médico como psicológico, que incorpore intervenciones rehabilitadoras. La serie aborda fundamentalmente el tratamiento farmacológico, las situaciones que requieren ingreso psiquiátrico y algunas recomendaciones generales en relación con pautas vitales saludables. Dada la importancia del tema, nos detendremos brevemente en la descripción de las recomendaciones que emanan de las guías de práctica clínica.

Para el diseño de las intervenciones terapéuticas tiene gran importancia el grado de capacidad y compromiso que la persona pueda asumir. Cualquier intervención profesional corre el riesgo de no ser adecuada, o de verse interrumpida, sin la implicación y el acuerdo de quien lo padece. Es indispensable, en consecuencia, que la persona sea consciente de las particularidades de su trastorno, que conozca los factores protectores y de riesgo que le están asociados, así como la importancia de mantener un alto nivel de "autocura". Por la misma razón, conviene que sea capaz de establecer alianzas con los profesionales responsables del tratamiento y con di-

versos miembros de su familia. Carrie, a pesar de su escasa conciencia del riesgo, confía siempre en alguien: cuando rechaza consultar con un psiquiatra que pueda hacer un seguimiento de su medicación, suele seguir las indicaciones de su hermana, familiar y médico a un mismo tiempo. En unas circunstancias críticas, se pone voluntariamente en manos del sistema de salud mental para la administración de un tratamiento electroconvulsivo. Lamentablemente, por lo que podemos ver, no mantiene la adecuada continuidad en la cura de sí misma, uno de los aspectos importantes para el mantenimiento de la estabilidad clínica.

En la actualidad, se considera fundamental el tratamiento farmacológico, sobre todo a base de sales de litio y otros estabilizantes del estado de ánimo, pero también la incorporación al proceso terapéutico de intervenciones psicológicas y rehabilitadoras. El padre de Carrie, que sufre el mismo trastorno, comenta con su hija su experiencia personal con el medicamento con que se está tratando, y en otros momentos se nos informa de la prescripción de diversos fármacos, aunque no aparece ninguna sistemática de seguimiento médico.

No parece que se haya recomendado o intentado ninguna intervención psicológica ni psicosocial estructurada, más allá de algunas recomendaciones generales sobre ritmos de vida saludables. En cambio, en la actualidad se asocia un mejor pronóstico a seguimientos sanitarios sistemáticos que ofrezcan información sobre la enfermedad y entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Con ello se pretende optimizar el manejo del trastorno, instruyendo en la detección precoz y en la consecuente actuación inmediata ante la aparición de nuevos síntomas que indiquen el inicio de una recaída.

El tratamiento electroconvulsivo al que se somete la protagonista se recomienda en aquellos casos de sintomatología depresiva grave en que cualquier otra intervención terapéutica se ha revelado infructuosa, o si se entiende que la situación reviste un riesgo vital. La desesperanza de Carrie y su sensación de encontrarse en un callejón sin salida la acercan a esta opción, a pesar de estar informada de las consecuencias negativas

que dicho tratamiento puede acarrear sobre sus capacidades cognitivas.

En el curso del tratamiento, se da gran importancia a la presencia y la participación de familiares u otras personas próximas que puedan contextualizar los síntomas y otorgarles un significado que esté en consonancia con la identidad individual. Pueden favorecer el mantenimiento de conductas saludables, la reducción de conductas de riesgo y la acomodación en las fases de mayor estabilidad. También dicha participación puede ser un elemento de capacitación para intervenir adecuadamente en las crisis, previo acuerdo con la persona afectada. Homeland otorga un papel privilegiado a la familia. La hermana se erige como la madre y cuidadora ausente, a la vez que como garante del seguimiento del tratamiento farmacológico, atenta a las fases de inestabilidad que puedan preceder a una crisis, y de soporte en los momentos en que Carrie no es capaz de asumir responsabilidades contraídas de forma impulsiva. El padre personifica aquella figura que habla desde el conocimiento y la experiencia en primera persona, consciente de la gravedad del trastorno y habiendo superado sus periodos más conflictivos; es la voz del superviviente, figura importante en los Estados Unidos desde hace ya muchos años y que adquiere cada vez mayor protagonismo en nuestro país.

Aunque siempre debe tenerse en cuenta la capacidad de resiliencia y de recuperación que muestra la persona, el trastorno bipolar plantea importantes problemas de orden diagnóstico y terapéutico. En efecto, entre los distintos episodios suelen aparecer intervalos engañosos, aparentemente libres de síntomas, que pueden dar lugar a abandonos precipitados del tratamiento y a la aparición de nuevas recaídas. Esto es lo que ocurre en las ocasiones en que Carrie abandona el tratamiento farmacológico porque no siente la necesidad de mantenerlo. Esta conducta, muy desaconsejada en la práctica asistencial, parece ligada a los momentos más críticos de su vida y le acarrea mayor inestabilidad psicológica.

Tal como recoge la *Guía de práctica clínica del trastorno bipolar* del Ministerio de Sanidad, según diversos estudios realizados en distintos medios socioculturales, los pacientes con tras-



torno bipolar presentan síntomas durante una parte importante de sus vidas. Estas fases con manifestaciones clínicas pueden abarcar entre un tercio y la mitad de sus vidas, con predominio de los síntomas depresivos. Es esencial, por ello, abordar este trastorno de forma longitudinal, sabiendo que tras la aparición y la resolución de un cuadro maniaco o hipomaniaco existe el riesgo de una nueva recaída. Entre dos tercios y tres cuartas partes de los pacientes ingresados por manía vuelven a ingresar por la misma causa en el futuro. El porcentaje de pacientes con un episodio único no supera el 15%, situándose el número más frecuente de recaídas a lo largo de la vida en un rango de 7 a 22.

La gravedad vinculada al trastorno bipolar se atribuye generalmente a los factores de estilo de vida que se le asocian y al abuso de sustancias que con frecuencia se produce durante o entre los episodios.

A tenor de estos datos, el futuro de Carrie no parecería muy optimista, aunque es cierto que en su caso no se presentan algunas de las consecuencias más frecuentes del trastorno, como son el deterioro funcional y una gran dificultad para mantener una actividad laboral satisfactoria; de confirmarse dichas evoluciones, nos permitiría confiar en una evolución satisfactoria. Sin embargo, según vemos en *Homeland*, Carrie no mantiene el tratamiento farmacológico de manera regular, consume alcohol con frecuencia, vive continuas situaciones de riesgo y sus ritmos vitales coinciden con las conductas más desaconsejables para alcanzar la estabilidad afectiva. En la serie se mantiene permanentemente activa, es eficaz en su trabajo y se recupera de los momentos más críticos adaptándose a nuevos contextos de manera resolutiva. En parte, esta capacidad de superación está relacionada con su personaje, una verdadera heroína de ficción que es capaz de ser más grande que la vida misma. Pero también es cierto que hay personas capaces de enfrentarse a situaciones dramáticas gracias a una gran fortaleza personal, y no debemos olvidar que los estudios de seguimiento de personas con este trastorno registran un porcentaje (reducido) de casos con una buena evolución.

En *Homeland*, la descripción de los síntomas del trastorno bipolar en sus diferentes momentos evolutivos, de la fluctuación entre fases, del tratamiento farmacológico y médico en general, de las recomendaciones en relación a los hábitos de vida y de la importancia de la participación familiar en el proceso de cura, responde fielmente a las descripciones de las clasificaciones clínicas internacionales y a las recomendaciones de las guías de práctica clínica al uso. Como hemos visto, es posible encontrar ejemplos de muchos aspectos del trastorno presentados con gran coherencia. La serie transmite también en qué medida este trastorno puede afectar a los diferentes aspectos de la vida, y nos orienta sobre la actitud combativa que debe mantener quien lo padece.

Es cierto también que se obvian o suavizan algunas de las consecuencias más invalidantes y dolorosas de este trastorno, tal como se evidencian en la práctica clínica. Muchas personas afectadas ven su vida completamente alterada y no consiguen remontar el progresivo empeoramiento de sus relaciones personales ni su pérdida progresiva de autonomía funcional. Tras el aparente dinamismo y rapidez de respuesta que muestra Carrie puede ocultarse, sin embargo, su dificultad para regular sus estados de ánimo o su incapacidad para resolver sus conflictos emocionales incorporando procesos de elaboración y soportando el sufrimiento que acarrear.

La serie opta por transmitir un mensaje optimista, no siempre plenamente justificado, pero que apunta a la posibilidad de superar el trastorno. Hoy día sabemos que algunos personajes ilustres, ya desaparecidos, padecieron en su día este trastorno y los admiramos por su valor histórico y por su valentía en una lucha sostenida por la recuperación de sus facultades. Actualmente se viven también momentos esperanzadores cada vez que una persona conocida y respetada nos da a conocer su trastorno y se aviene a compartir con nosotros tanto sus sufrimientos como sus éxitos.

Los guionistas muestran un gran sentido de equilibrio y sensibilidad al presentar una heroína que padece un trastorno mental considerado grave, sin esconder los aspectos más inquietantes de su dolencia, pero consiguiendo a un

tiempo que se la valore y nos identifiquemos con ella por su personalidad global. Carrie es una persona competente, que posee múltiples capacidades personales, y tiene éxito y es respetada en el ámbito profesional. Está rodeada de personas que la quieren y que se preocupan por ella, y su identidad se vincula a su personalidad global y no a su enfermedad. Actualmente, este es el reto que se plantea el movimiento de lucha para hacer desaparecer el estigma y la discriminación que afecta a aquellas personas que padecen un trastorno mental, y por extensión a sus familiares y a los profesionales que las asisten. Carrie no despierta rechazo en el espectador; más bien resulta fácil identificarse con ella, envidiar sus éxitos y compartir sus sufrimientos.

En la serie se echa en falta una mayor referencia a la necesidad de un abordaje terapéutico integral, estructurado, integrado y continuado, que atienda a la extrema complejidad de un trastorno que afecta a los diferentes aspectos de la vida; por una parte, la salud mental, y con ella la capacidad de tolerar el dolor emocional, elaborar los conflictos y ser capaz de construir relaciones personales satisfactorias; y por otra, la salud física en sus diferentes dimensiones. Sin embargo, el gran acierto de Homeland, desde el punto de vista de la divulgación de las enfermedades mentales, consiste en integrar de manera coherente, sin interferir en el interés de la acción, a un personaje positivo y seductor que padece un trastorno mental grave sin ser juzgado por ello.



Olive Kitteridge y la depresión

Oriol Estrada Rangil

Las miniseries de la HBO no suelen tener rival en las ceremonias de premios. No en vano esta exquisita producción de cuatro episodios, estrenada en 2014, arrasó en los Emmy con un total de ocho estatuillas. Tres de ellas fueron a parar al reparto, responsable en buena parte de su impecable factura. Bill Murray, Richard Jenkins y, sobre todo, Frances McDormand, ayudan a reflejar la personalidad de una mujer arisca y con síntomas de depresión en un entorno objetivamente bucólico. El guión adapta la novela homónima escrita por Elizabeth Strout, ganadora del Premio Pulitzer en 2009.

Parece que todo el mundo conoce la depresión, pero sin duda son pocos los que realmente la comprenden. No es nada extraño oír a cualquiera expresar que está deprimido, y con ello no quiere decir nada más que está algo triste por algún percance que acaba de sufrir. Si bien en algunos casos la tristeza estaría más que justificada, en otros no es más que una simple expresión de un sentimiento pasajero, algo que desaparecerá una vez se haya solucionado el problema que le preocupa, o incluso si al día siguiente sale el sol. La depresión ha entrado en nuestro vocabulario del día a día, pero eso no significa que estemos haciendo buen uso de la palabra. Es más, en la inmensa mayoría de los casos estamos haciendo un flaco favor a aquellas personas que realmente sufren una depresión clínica.

Cuando Olive Kitteridge le explica a su hijo Christopher qué es la depresión, la describe como alguien que está mal cableado, alguien que está mal hecho. No deja de ser una forma de hablar, y está muy lejos de la realidad compleja de la depresión, pero detrás hay una idea que se basa precisamente en muchas de las teorías psicobiológicas al respecto. La galardonada miniserie de la HBO, Olive Kitteridge, que adapta la novela ganadora del Pulitzer de Elizabeth Strout, quizás no pretende poner en el centro de aten-

ción la cuestión de la depresión, pero es gracias a pequeñas perlas como la de dicha escena que se convierte en un buen punto de partida para reflexionar sobre cómo distintas generaciones norteamericanas han afrontado esta enfermedad mental.

En la novela original, Olive Kitteridge es básicamente el nexo común desde el cual se cuentan las historias de distintas familias de ese pequeño pueblo de Maine donde los vecinos aún se conocen por nombre y apellido. Ella no es necesariamente la protagonista, y esto es algo que la serie de televisión ha querido respetar hasta cierto punto. Olive no toma el protagonismo absoluto hasta llegar al último de los cuatro episodios que forman la miniserie, y eso deja la puerta abierta a que conozcamos las historias de aquellas personas que la rodean, y a darnos cuenta de que la depresión y los problemas mentales en general abundan bastante en las frías tierras de Maine.

Uno de los primeros personajes que conocemos es su marido, Henry, irónicamente el farmacéutico del pueblo, y su primer cliente es Rachel, que aparentemente sufre de depresión, e intenta que Henry le proporcione más Valium del que debería. La reacción del farmacéutico es un buen ejemplo de cómo conciben la depresión aquellos que realmente no la conocen. Primero

le aconseja que salga de casa, ya que es algo que según él va muy bien cuando uno se siente “deprimido”. En la versión original, Henry utiliza la palabra *blue* (azul), que en inglés puede traducirse precisamente como “deprimido” o “triste”. La clienta responde: «Por el amor de Dios, Henry, deprimida (*blue*) es como me siento los días que estoy bien». El farmacéutico seguirá en lo suyo y le recomendará de forma insistente que vaya a comprar bombillas con más potencia, al menos para lo que queda de invierno y hasta que el día tenga más horas de luz. Esta escena resume perfectamente la forma en que muchos siguen tratando y (mal) entendiendo el trastorno. Y lo que dice esta clienta es lo que muchos de los que padecen depresión clínica gritarían a los cuatro vientos cada vez que alguien pretende sacarlos del pozo con un par de frases bienintencionadas, sin llegar a comprender que su problema necesita algo más que bombillas potentes y algunos paseos por el pueblo.

La depresión clínica no es simplemente estar alicaído o triste, tampoco hace referencia a los sentimientos que uno puede tener a lo largo de una crisis laboral, de pareja o incluso por la muerte de un ser querido. Problemas como estos son los que pueden desencadenar una depresión, pero a pesar de que prácticamente todo el mundo pasa por momentos así a lo largo de su vida, no todos terminan padeciendo el trastorno. La depresión clínica es un síndrome, un conjunto de síntomas relacionados con la capacidad afectiva del individuo, y la padecerá una de cada seis personas al menos una vez en la vida, la mayor parte entre los 18 y los 44 años de edad, y de media empezando a los 27. Las mujeres tienen un riesgo mucho mayor de sufrirla, llegando a doblar la prevalencia en los hombres. Su origen es multifactorial, es decir, que intervienen distintos elementos que provocan la enfermedad; uno solo no suele ser suficiente, sino que deben sumarse dichos elementos.

No es un diagnóstico fácil, no se puede determinar por un análisis de sangre ni otra prueba con biomarcadores de algún tipo que puedan decirnos si alguien padece una depresión. Es un diagnóstico psicopatológico y clínico, normalmente basado en las directrices que marca el *Diagnos-*

tic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), manual sobre enfermedades mentales que publica la American Psychiatric Association. Ahí se describen una serie de síntomas, y en función de su presencia y grado se determina si una persona sufre algún tipo de depresión. Así pues, para diagnosticar un trastorno depresivo mayor es necesario que la persona muestre un mínimo de cinco de los síntomas descritos, y al menos durante 2 semanas. Entre estos síntomas se encuentran la tristeza, disforia e irritabilidad, la anhedonia (que es la incapacidad para disfrutar o mostrar interés por ciertas actividades), la disminución o el aumento de peso o del apetito, el insomnio o la hipersomnia, el enlentecimiento o la agitación psicomotriz, la astenia (sensación de debilidad física), sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad intelectual y pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. Todo ello debe afectar de alguna manera la vida social o laboral del sujeto, y no debe relacionarse con enfermedades orgánicas o el uso de drogas, ni tampoco con el duelo habitual por una persona fallecida.

¿Es Olive Kitteridge alguien que padece depresión? Ella está convencida de que sí. Y es probable que el DSM esté de acuerdo con ella en su mayor parte. La irritabilidad es algo que salta a la vista, tiene muy poca paciencia y es capaz de molestarse por cualquier detalle. La anhedonia es uno de los rasgos que mejor definen la personalidad de Olive, y a lo largo de toda la serie muestra un desinterés (¿patológico?) por cualquiera de las cosas que le suceden. Henry le regala una tarjeta para el Día de San Valentín, que terminará en la basura. Años después le regala otra tarjeta, simplemente para decirle que la quiere, y le da el abrazo menos sentido que haya podido verse en televisión. La boda de su hijo es otro gran ejemplo. En un día en el que su marido se emociona y se siente feliz porque su hijo va a quedarse a vivir cerca de ellos, Olive es incapaz de mostrar una sonrisa a nadie, llegando incluso a decir a su hijo que espera que la ceremonia sea corta.

Evidentemente, todo ello afecta su capacidad para relacionarse socialmente, y son muchos los que van a salir escarmentados de sus conver-



saciones. Pero físicamente no parece que Olive tenga muchos problemas, ya que siempre está ocupada, ya sea cocinando, arreglando el jardín o trabajando en el instituto; aunque la única escena en la que aparece ejerciendo sus funciones de profesora es para mostrarnos lo estricta que es en el aula de alumnos castigados (y darnos una muestra más de su imposible carácter). Aun así, seguimos sin saber si Olive sufre otros de los síntomas que serían necesarios para diagnosticarla de un trastorno depresivo mayor. La pregunta es si no los vemos porque no se nos muestran, o porque realmente no existen.

Mejor ejemplo parece ser esa cliente de la farmacia, Rachel, incapaz de disfrutar de nada, que se pasa el día durmiendo en el sofá (hipersomnia), se olvida de ir a recoger a su hijo al instituto (afectación de la vida familiar) y necesita que Olive venga a espolearla para hacerle la cena al chico. Es esa incapacidad por ver el lado positivo de las cosas, y tener la certeza de que nada puede mejorar en el futuro, lo que mejor describe al típico paciente de depresión. Y no es algo que vaya a cambiar con una palmadita en la espalda y una bombilla de 200 Watts. Tal como se presenta al principio, Rachel parece ser el ejemplo más estereotípico, aunque luego veremos que en realidad su problema es incluso más complejo.

Lo que probablemente resulta más desconocido es el factor genético, que puede tener un papel de envergadura en el desarrollo de la depresión clínica. Sin duda, el desconocimiento de este factor contribuye a alimentar ciertas opiniones e ideas sobre el funcionamiento de la depresión. Pero Olive, muy avanzada para su tiempo, tiene muy claro que existe esa relación genética. Retomando la conversación con su hijo de 13 años de edad sobre la depresión, ella insiste en que debería saber qué es, ya que es algo que ha padecido siempre su familia. Ella está convencida de que su hijo también sufrirá depresión a lo largo de su vida, y lo cierto es que cuando sea adulto acabará tomando Prozac y asistiendo a distintos tipos de terapia. Olive, en la cena, menciona a su padre, que terminó suicidándose y padecía depresión. Además, asegura que su madre también pasaba por lo mismo. A ello su marido le contesta que su madre simple-

mente tenía «cambios de humor». Si Olive tiene razón o si simplemente analiza a sus padres y a su hijo desde el sesgo que le supone considerarse a sí misma como depresiva, es algo que el espectador tendrá que decidir habiendo visto la serie hasta el final. Pero en ese momento se pone sobre la mesa la cuestión de la genética, el factor hereditario de la depresión, y eso es algo que habría que aplaudir a la serie.

La ciencia parece que da la razón a Olive, y los estudios en familias demuestran que un individuo tiene mayor riesgo de sufrir depresión si un familiar directo la ha padecido o la padece. Mientras que la prevalencia en la población general sería del 5,4%, aumentaría hasta el 15% para los miembros de una familia con antecedentes (números que siguen estando bastante lejos del determinismo que asume Olive, por cierto). Sin embargo, este tipo de estudios tienen un riesgo, y es que el factor ambiental está fuera de control. ¿El hijo de Olive sufre depresión principalmente por una cuestión genética o porque lleva toda la vida viendo a su madre actuar como una persona depresiva? Convivir cada día con alguien que considera que todo se hace mal, que apenas sonríe y que convierte tu vida en un infierno, como reconoce años después Christopher, no sería la mejor manera de prevenir el desarrollo de una depresión. Recordemos que no todo se basa en los genes; hay muchos otros factores que se requieren para desencadenar una depresión, y el factor social es también importante.

Las ciencias de la salud disponen de otros recursos para intentar superar dicho obstáculo: los estudios de adopción y los estudios de gemelos. En los estudios de adopción se intenta determinar hasta qué punto puede influir la genética en un ambiente concreto. Así pues, se hace una comparativa entre los hijos adoptados por una familia sana y los hijos de alto riesgo, aquellos que viven con sus padres biológicos y que padecen el síndrome. Lo que se ha visto es que los niños que cuentan con el factor genético y han sido adoptados por una familia sana tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad que la población general. Pero una vez más, el control sobre la cuestión ambiental puede ponerse en duda, y para ello los estudios de gemelos

parecen la mejor forma de determinar el peso respectivo de la genética y el ambiente. En estos, se comparan resultados en distintos tipos de gemelos, los monocigóticos (que son idénticos) y los dicigóticos (que comparten solo la mitad de los genes), y una de las conclusiones es que la herencia genética tiene un papel considerable (presente entre el 40% y el 60%). Esto suele ocurrir con más frecuencia cuando hay depresiones muy graves y principalmente para mujeres, pero también ocurre en los hombres, especialmente en aquellos casos en que la depresión empieza antes de los 30 años de edad.

Los estudios de gemelos también permiten identificar los factores ambientales que pueden tener algún efecto en el desarrollo de la depresión. Se trata de una enfermedad multifactorial, y sólo la cuestión genética o la ambiental no parecen ser suficientes para sufrirla. Estos estudios demuestran que ciertos acontecimientos vitales estresantes tienen un efecto desencadenante. Algunos ejemplos son la muerte de un ser querido, la separación e incluso la vejación (como el *bullying*). Esto significa que entre gemelos idénticos, a pesar de que ambos tengan el mismo riesgo genético, si uno de ellos sufre ciertos episodios estresantes a lo largo de su vida y el otro no, el primero tiene mayor probabilidad de sufrir depresión que el otro. Pero hay que insistir en la cuestión del no determinismo: que uno tenga una predisposición genética, e incluso que sufra varios eventos estresantes a lo largo de su vida, no significa que vaya a desarrollar una depresión sí o sí. Y quizás el ejemplo más sencillo (y algo simplista, lo admitimos) es el de la lotería: casi todos tienen números, y los hay que tienen muchos más, pero eso no garantiza que les vaya a tocar. Así pues, Olive ha regalado unos cuantos números a su hijo, pero es imposible saber si entre ellos está el ganador.

Lo que tenemos claro gracias a la serie es que nacer y vivir en Maine te garantiza tener una buena reserva de billetes de dicha lotería. ¿Será por el clima? La idea de que un sitio frío y oscuro como es el estado de Maine, con mucha humedad y poco sol, es el sitio perfecto para desarrollar una depresión, es un tópico literario muy extendido; y poco sol veremos en la serie.

La creencia popular de que el ambiente, en el sentido más literal de la palabra, tiene un efecto en el estado de ánimo se hace muy patente aquí. ¿Pero qué tiene de verdad esta creencia? Parece ser cierto que el invierno o el otoño, épocas con menos luz solar, tienen un efecto sobre las concentraciones de serotonina (la llamada hormona del humor o del placer), y que serían épocas más propensas a la depresión. Visto así, parece que Henry tenía algo de razón al recomendar a Rachel que se comprara bombillas más potentes. Con este argumento, los lugares fríos como Maine serían propicios para desarrollar la enfermedad y, por lo tanto, el número de individuos con depresión tendría que ser mayor en comparación con otras zonas con un clima más agradable. Sin embargo, en un estudio realizado en los Estados Unidos entre 2006 y 2008, la prevalencia de las distintas formas de depresión era mayor en Estados como California y Florida, que gozan de un clima mucho más cálido. De hecho, es precisamente en los estados sureños (Louisiana, Arkansas, Mississippi, Alabama...) donde la prevalencia de la depresión es mucho mayor, superando de largo el 10%, mientras que en Maine se queda en el 7,9%. Entonces, si el ambiente no es siempre determinante, tenemos que volver una vez más a la cuestión genética, que podría explicar por qué se concentran tantas personas con un trastorno depresivo en un mismo sitio. La típica endogamia de las zonas más apartadas podría ser una explicación para ello (aparte de la decisión de la autora de la historia de presentarlo así, claro). Pero como decíamos, se trata de una suma continua de factores, y habría que tener en cuenta tanto aspectos psicosociales y ambientales como genéticos.

Olive parece mostrar algunas características propias del paciente depresivo, pero a lo largo de la serie es capaz de descolocarnos con algunas de sus afirmaciones y comportamientos. Quizás su postura respecto a la enfermedad sea lo que la sitúa más en el terreno de la ficción que en el de la realidad. Ella asegura que sufre depresión, pero no parece que le suponga un problema, sino más bien que es un rasgo de su personalidad. Podría decirse que incluso se siente a gusto con ella, y nunca ha hecho absolutamente nada



al respecto para quitarse de encima esa apatía, ni para mejorar en sus relaciones sociales. La ironía de que su marido sea el farmacéutico, es que ella jamás se ha tratado farmacológicamente. Además, parece que tampoco tiene en gran estima a los psicólogos y psiquiatras, ya que, en palabras de su hijo, considera que son el diablo.

No, a Olive no parece molestarle el hecho de vivir con depresión. Incluso va más allá, y cuando le habla a su hijo de la enfermedad asegura que es algo que va con ser listo, que solo la gente "normal" es feliz y solo la gente inteligente sufre depresión. También Ernest Hemingway pensaba lo mismo, y aseguraba que ver a alguien inteligente y feliz era algo realmente extraño. La idea de que la enfermedad mental está asociada a la inteligencia o a la creatividad hace tiempo que existe, e incluso parece haberse demostrado que ciertos tipos de trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar) son más prevalentes en perfiles artísticos. Pero que la inteligencia y la depresión tengan una relación más o menos directa es algo que, por ahora, no se ha podido probar del todo. Hay estudios que así lo afirman, y otros que lo desmienten. Algunos aseguran que las personas inteligentes tienden a preocuparse más al ser más conscientes de los peligros que hay en el entorno, y que es precisamente esa actitud la que permite una mayor supervivencia. Sin embargo, si recuperamos ese estudio sobre la depresión en los Estados Unidos, veremos que no tener estudios parece tener una relación con la prevalencia de la depresión: a menor nivel educativo, más posibilidades de desarrollarla. Así pues, concluir que la depresión es algo exclusivo de personas inteligentes es, todavía, demasiado atrevido y simplista. En primer lugar, porque el concepto de «inteligencia» sigue, a día de hoy, siendo algo muy discutido. Cada vez toma más relevancia la idea de que hay distintos tipos de inteligencia, y por lo tanto ya no podríamos hablar de «personas inteligentes» sino de personas con ciertas inteligencias. Por ejemplo, si hablamos de inteligencia emocional (concepto relativamente novedoso), las investigaciones demuestran que, a mayor inteligencia emocional, menor incidencia de la depresión, mientras que otro estudio demostraba que las personas con una mayor in-

teligencia lingüística eran más propensas a sufrir ansiedad o incluso depresión.

Esto último nos lleva rápidamente a pensar otra vez en Olive Kitteridge, y más en concreto en el profesor de literatura, su amante, alguien a quien considera interesante, e inteligente de verdad, y con quien parece entenderse mucho mejor que con su marido. Lo mismo le pasa a Olive con el hijo de Rachel, la cliente depresiva que vimos al principio, a quien trata con más tacto que a su propio hijo. A su vez, este chico parece entenderse realmente bien con el profesor de literatura, cerrando el círculo de depresivos inteligentes y con afinidades del pueblo de Crosby. Poco después descubriremos que tanto él como su madre sufren trastorno bipolar, y no depresión, dando alas una vez más a la relación entre inteligencia y enfermedad mental, y al mismo tiempo a la cuestión genética en su desarrollo. ¿Nos están vendiendo una idea romántica de la depresión? Tampoco iría tan lejos, porque la historia de Olive tiene de todo menos romanticismo. Le dirá a su marido que es demasiado bueno para ella, se disculpará por ser una mala esposa, reconociendo que le ha hecho la vida realmente difícil. Y ella misma, cuando habla del suicidio de su padre, asegura que no es un final nada bonito, ni limpio.

Inevitablemente, el suicidio siempre planea alrededor de la depresión. En la primera escena de la serie vemos a una Olive muy mayor dirigiéndose al bosque con un arma cargada, dispuesta a terminar con su vida. Están presentes el de su padre, otro que Olive evita por parte de un personaje cuya madre sí se suicidó, y las sospechas de que algunos accidentes, uno con consecuencias fatales y otro no, fueron realmente intencionados. Incluso hay una conversación en el tercer episodio en la que se plantea sin tapujos el suicidio como una solución a todos los problemas.

La realidad es que, de todos aquellos que en algún momento expresan la voluntad de suicidarse, sólo lo llevarán a cabo con éxito un 10%. En los Estados Unidos se suicidan alrededor de 30.000 personas al año, pero lo intentan más de 500.000. Intentos fallidos puede haber varios, y una tercera parte volverán a intentarlo en el transcurso de un año. Es la cuarta causa de

muerte en los Estados Unidos, y la mayoría se concentran entre los 15 y los 24 años de edad. Si hablamos de depresión, una de cada seis personas que sufren depresión intentará suicidarse (lo que no implica que lo consiga). Con estos datos, no deja de ser sorprendente el nivel de eficacia de los personajes de Olive Kitteridge. Como decíamos, en la misma serie se debate a menudo sobre el suicidio; algunos lo ven como una solución, incluso una forma honrosa de acabar con la miseria y los problemas. Olive parece jugar con la idea de una manera algo desconcertante. Defenderá en algún momento que el suicidio no es en absoluto una solución a los problemas, o añadirá que es una forma de irse muy sucia y que siempre acaba perjudicando a alguien, mientras que en otros momentos más tardíos de su vida asegura que una vez que haya muerto su perro no le quedará nada más que pegarse un tiro. Lo dice de una forma exageradamente racional, argumentando que ya no tiene más funciones y que, por lo tanto, su existencia ya no tiene sentido alguno para nadie.

Al igual que la propia depresión, el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. Pueden intervenir factores puramente psicológicos y sociales, pero también se explica por procesos neurobiológicos. Aunque queda mucho por estudiar sobre ello, parece claro que los suicidas tienen una baja concentración de serotonina, la sustancia que, como decíamos antes, modula nuestro placer y nuestro humor. En el cerebro, esto parece afectar principalmente a la neurotransmisión de serotonina en la corteza prefrontal, el hipocampo, el hipotálamo y los núcleos septales. La corteza prefrontal tiene entre sus funciones el control cognoscitivo y de la conducta, con lo cual, si se daña dicha zona, puede aumentar la impulsividad y afectar a la capacidad de tomar decisiones. Si esto se suma a lesiones en el hipocampo, que controla las emociones y el estrés, y la capacidad de recordar hechos recientes, entonces estamos ante un individuo que puede perder la capacidad de tomar decisiones adecuadas al contexto en que se encuentra. Por último, las lesiones en los núcleos septales parecen tener relación con el desarrollo de sentimientos pesimistas. Por lo tanto, suici-

darse normalmente no es una decisión racional y meditada, sino un cúmulo de factores que se van sumando unos a otros hasta que explotan. Y es por eso que la serenidad de Olive Kitteridge a la hora de plantearse su propio suicidio se aleja, quizás, de la realidad de una persona depresiva.

No sólo la depresión está estrechamente ligada al suicidio; también lo están el trastorno bipolar (como se ve igualmente en la serie), la esquizofrenia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, el consumo de alcohol y drogas, y algunos hechos estresantes que pueden estar relacionados con problemas financieros o de relaciones interpersonales. Pueden ser uno o varios de estos factores juntos los que acaben llevando a una persona a intentar quitarse la vida. Pero la depresión sigue siendo una de las razones principales, y se considera que entre el 45% y el 70% de quienes han intentado o conseguido suicidarse la padecían. Aun así, siguen siendo unos perfiles concretos dentro de los que sufren depresión los que lo intentan, perfiles con rasgos violentos e impulsivos, y es que parece demostrado que muchos de los suicidas pasaban por un momento de gran ansiedad justo en el momento de hacer el intento. Una vez más, no parece ser el caso de Olive, que en la escena inicial se dirige hacia el bosque y hace todos los preparativos con cierta parsimonia, como si estuviese preparando un picnic y no un suicidio.

Ya hemos mencionado varias veces el trastorno bipolar, y por su presencia en la serie, así como por su relación con la depresión, merece que lo tratemos en cierta medida. El trastorno bipolar se caracteriza por una serie de cambios en el estado de ánimo muy extremos. Durante ciertos episodios, algunos personajes se sienten muy felices, extremadamente alegres (fase que se conoce como episodio maniaco), pero poco después pueden hundirse y pasar por un episodio depresivo, con todos los rasgos que ya hemos tratado aquí sobre la depresión. Y en algunos casos, incluso pueden sufrir episodios mixtos. Dichos episodios pueden durar entre una y dos semanas, y darse a lo largo de todo el día. Rachel, la que parecía ser la perfecta paciente de depresión, se revela más tarde que en reali-



dad tiene trastorno bipolar. De hecho, es un error de diagnóstico bastante común, ya que muchos pacientes sólo buscan ayuda cuando sufren episodios depresivos.

El trastorno bipolar a veces puede ir acompañado también de algunos síntomas psicóticos (incluyendo alucinaciones), y a menudo se diagnostica también erróneamente como esquizofrenia. Precisamente, una de las imágenes más surrealistas e impactantes de la serie tiene que ver con este trastorno. Al principio del segundo episodio conocemos la versión adulta del hijo de Rachel, Kevin Coulson, que ha vuelto al pueblo escondiendo un arma en la parte de atrás del coche. Olive, que parece tener un sexto sentido para cuestiones relacionadas con el suicidio, acabará entrando en el coche para distraerle, y allí es cuando nos daremos cuenta de que Kevin parece haber heredado la enfermedad de su madre. Aunque lo único que sabremos gracias a él es que ha estudiado psiquiatría, probablemente para poder entender lo que le pasó a su madre y lo que le está pasando a él. Y es ahí donde nos daremos cuenta del error de haber pensado que ella era también una depresiva más del catálogo de Crosby. Los recuerdos de infancia de Kevin nos llevarán a entender que allí había algo más.

Olive Kitteridge es, por muchos motivos, una gran serie, con personajes e interpretaciones memorables, especialmente la de Frances McDormand como Olive. Y aunque ella misma, como productora de la serie, ha reconocido que en ningún momento han pretendido poner la depresión en el centro de la cuestión, es innegable que la serie permite reflexionar e incluso debatir respecto a dicha enfermedad mental (y algunas otras) y cómo se ha abordado a lo largo de décadas. Dentro de la familia de Olive, empezando por su padre, siguiendo con ella y terminando con su hijo, se nos han ofrecido tres formas distintas de lidiar con la depresión. Tenemos a ese padre au-

sente que a los 45 años de edad se suicidó, pero que venía de una generación en la que probablemente la depresión no se entendía, seguramente ni siquiera se consideraba una enfermedad, y la única salida que encontró fue la de pegarse un tiro en la cocina. Después tenemos a Olive, mucho más consciente de que la depresión es una enfermedad, y además hereditaria, y que lo único que hay que hacer es seguir adelante y aguantar; incluso podríamos decir que se rebela contra la enfermedad y no deja que esta se apodere de ella, pero su forma de sobrellevarla parece que es siendo cruel y antisocial. Por último, Christopher representa la forma “moderna” de afrontarlo. Es la generación del Prozac, de psicólogos y psiquiatras, e incluso de grupos de terapia. A través de estas tres generaciones hemos visto una evolución social de la enfermedad mental, del ni siquiera hablar de ello hasta el pasarse el día hablando de tus problemas con los demás, como seguramente diría la misma Olive Kitteridge sobre lo que hace su hijo.

Es importante tener siempre en cuenta el contexto en que se presentan las enfermedades mentales, ya que la historia nos ha demostrado que la forma de abordarlas puede cambiar mucho, no sólo en función de los avances médicos sino también según qué piensa la sociedad de dichos trastornos. Quizás la medicina ahora mismo está mucho más avanzada respecto al conocimiento de la depresión de lo que lo está la mayor parte de la sociedad, y esta serie nos ayuda a replantearnos muchos aspectos de ella, empezando por la cuestión genética.

¿Pero es Olive Kitteridge alguien que realmente padece depresión o no? La respuesta definitiva la encontraremos en la escena final de la serie, y esta escena nos devolverá una vez más al principio de este capítulo, y a replantearnos si el uso que hacemos de la palabra «depresión» es correcto o no.



True Detective y la atracción del mal

Luis Lalucat y Liana Vehil

Este thriller en forma de antología es un claro ejemplo del auge y la caída que puede experimentar una ficción televisiva entre su primera y su segunda temporadas. Creada y escrita por Nic Pizzolatto, los ocho capítulos de la primera temporada, estrenados en verano de 2014 en la HBO, sumergen al espectador en la sórdida e inquietante investigación que llevan a cabo dos policías antagónicos sobre un caso de asesinatos en serie. Más que las pesquisas policiales, la ficción suma enteros gracias a los profundos diálogos entre los personajes de Matthew McConaughey y Woody Harrelson. El cambio de trama, de reparto y de localización que experimentó en su segunda temporada no sentó nada bien a la que fue una de las series revelación del año.

A la pareja de detectives de la División de Investigación Criminal de Louisiana, formada por Marty Hart y Rust Cohle, les es asignado en 1995 un crimen que aparece con marcados elementos extraños propios de un asesinato ritual. En el curso de la investigación se muestran sus reacciones ante el crimen y ante los hechos que se van desvelando, y cómo las fuertes cargas emocionales que comportan van repercutiendo en sus vidas, y estas se entrecruzan en el seno de la compleja relación existente entre ambos.

Años más tarde, en 2012, un nuevo caso encargado a otros dos detectives reabre la investigación. Marty y Rust, que han abandonado la División de Investigación Criminal, son interrogados separadamente sobre los sucesos de 1995. Ello da pie a conocer cómo repercutieron aquellos hechos en sus vidas. Esta situación conduce a que ambos desarrollen una nueva investigación al margen de la oficial, que lleva a la identificación del autor de los crímenes, al enfrentamiento con él y a la resolución del caso.

La filmografía de todos los tiempos es rica en figuras de comportamiento monstruoso, encarnadas por personajes que muestran conductas psicopáticas y que proyectan el mal a su alrededor. Estos personajes configuran una galería

de retratos que abarca muy diversas composiciones, desde el psicópata de trato sutil a la vez que malévolo de *La noche del cazador* (Charles Laughton, 1955), magistralmente interpretado por Robert Mitchum, al asesino en serie de *Seven* (David Fincher, 1995) o de la posterior *Zodiac* del mismo director (2007), *No es país para viejos* (Joel y Ethan Cohen, 2007) o el criminal perverso que habita en el Hannibal Lecter de *El silencio de los corderos* (Jonathan Demme, 1991). Aunque todos ellos presentan algunas características en común, muestran también marcadas diferencias en su comportamiento. La figura del monstruo remite a las investigaciones llevadas a cabo sobre los asesinos en serie y los crímenes rituales, que abarcan tanto las características de los criminales y de sus víctimas como el modo en que operan para consumir sus acciones.

En *True Detective*, el monstruo es un asesino en serie que se nos describe con las propiedades de un psicópata sádico y perverso, o como alguien con un trastorno antisocial y sádico de la personalidad; en este sentido, reúne la mayoría de las características del comportamiento de los asesinos en serie. Su dinámica criminal presenta comportamientos premeditados, la utilización del engaño, una elección precisa de las víctimas,

una progresión en la actuación criminal (secuestro, torturas, mutilaciones, muerte) y una eliminación del cuerpo con un retorno a sus tareas habituales. El monstruo de la serie es hábil en sus actuaciones criminales, al mismo tiempo que presenta un comportamiento normal en sus ocupaciones laborales que lo mantienen en contacto con la población infantil entre la que selecciona sus víctimas. Sus crímenes están planificados, eligiendo siempre seres vulnerables. Y lo hace en un radio de acción amplio, pero identificable, en el que desarrolla sus acciones de captura, tortura y muerte. En dichas actuaciones, además, deja una huella reconocible a través de hechos o rasgos innecesarios para la comisión del delito, pero que lo acompañan y que constituyen elementos que permiten identificar de alguna manera a un mismo autor: las ataduras, las lesiones y las torturas infligidas a las víctimas, la disposición en que se encuentran los cadáveres para ser descubiertos o la presencia de objetos extraños en sus inmediaciones.

Ciertamente, a lo largo de los episodios sólo conocemos a este personaje por el resultado de sus crímenes, hilo conductor de la trama. El crimen ritual que da inicio a la investigación lleva a descubrir una larga serie de asesinatos y desapariciones de niños y jóvenes que se ha producido desde hace tiempo y que parecen apuntar a un mismo autor. Sin embargo, la trama también va desvelando la participación directa o indirecta de otros actores. Tan sólo al final de la serie se nos revela la presencia material del monstruo y se caracteriza su entorno vital en un ambiente de degradación y relación incestuosa. La única referencia a elementos explicativos o etiológicos de su conducta queda expresada en la frase que él mismo pronuncia: «¿Sabes lo que me hicieron? Lo que les haré a todos los hijos e hijas del hombre».

Los asesinos en serie han ejercido y ejercen una fascinación morbosa, en parte vinculada al hecho de mostrar la relación entre una apariencia externa de normalidad en las conductas cotidianas y unas actuaciones delictivas que revelan un absoluto desprecio hacia las víctimas. También por mostrar procedimientos criminales muy elaborados, en los que el sadismo y la sexualidad

patológica aparecen unidos y se muestran abiertamente a la luz pública. Máxime, como en el caso de True Detective, cuando las víctimas son niños y jóvenes.

Este tipo de comportamientos viene siendo investigado desde hace décadas, tanto desde la perspectiva policial y médico-forense como desde la óptica psiquiátrica. Estudios americanos nos hablan de que el 1% de los homicidios cometidos en los Estados Unidos han sido realizados por asesinos en serie, e incluso se atreven a estimar la presencia de 150 a 300 asesinos en serie en dicho país. Estos constituyen, en consecuencia, un fenómeno social y criminológico importante, si bien su caracterización clínica continúa siendo debatida a pesar de que ya desde los años 1940 se llegó a una delimitación del cuadro clínico dentro de la muestra de psicópatas criminales. Obviamente, se trata de una cuestión controvertida, pues la inclusión o no dentro de las clasificaciones psiquiátricas de las psicopatías y de los trastornos de la personalidad atañe también a la imputabilidad jurídica de los actos y las conductas criminales de dichos sujetos.

Igualmente controvertida resulta la identificación de la etiopatogenia de estos trastornos, en la que resulta difícil delimitar en qué medida los componentes biológicos, psicológicos y sociales intervienen en la génesis y en el mantenimiento de las conductas psicopáticas criminales. Aunque se admite generalmente la participación de un componente psicogénico basado en experiencias infantiles de situaciones de maltrato y abuso físico y sexual, también parece tener relevancia la ausencia o la distorsión de aquellos vínculos sociales y afectivos que se relacionan con la adquisición de la necesaria madurez emocional, la capacidad de relación y de intercambios constructivos, así como la incorporación de valores sociales. La frase del monstruo ya enunciada parece referirnos a una actitud vengativa, en respuesta a las humillaciones, maltratos o vejaciones sufridas en su infancia.

Por otra parte, la otra cara de la moneda está representada por las víctimas, niños y jóvenes que han sido secuestrados, torturados y asesinados. La serie nos muestra tan sólo un caso en que no se produce el fallecimiento de la víc-



tima, ya que se ha conseguido rescatarla en una situación avanzada del proceso. Las graves consecuencias psicológicas inmediatas y a largo plazo se nos muestran en la incapacidad generada en la víctima para desarrollarse psicológicamente y emocionalmente. Tiempo después vive recluida en un centro psiquiátrico y muestra funcionamientos mentales de desconexión característicos del autismo. Esta presentación nos habla de las graves consecuencias que previsiblemente pueden derivarse de una experiencia traumática extrema y mantenida sobre la mente en construcción de un niño o de un adolescente. Por todo lo ya apuntado, la figura del asesino en serie, como el que aquí hemos analizado, viene a configurar en el imaginario colectivo la representación del mal.

Las producciones que abordan la figura del psicópata, del asesino en serie y del monstruo, acostumbran a presentarnos personajes o antagonistas que constituyen su contrapunto, en forma de personalidades comunes, que en contacto con ellos desvelan nuevos aspectos de sí mismos. En esta interacción de unos y otros se verán afectadas tanto sus vidas como sus mentes. También ocurre así en *True Detective*, y así trataremos de recogerlo en el análisis que proponemos.

Está comúnmente aceptado que la exposición a eventos traumáticos genera consecuencias psicológicas en los sujetos expuestos, y la clínica nos ofrece ejemplos frecuentes de dichas situaciones. Las personas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático, bien sea porque lo han experimentado por sí mismas, por haberlo presenciado o por haber reconocido sus consecuencias, reciben un impacto psicológico. Este es aún mayor cuando se han producido muertes o amenazas a la integridad física. Cada persona responde al evento de distinta manera, en función de sus propias características psicológicas, pero habitualmente se habrá generado un cierto grado de temor, una respuesta desesperanzada, o se habrá experimentado un intenso horror. Las consecuencias psicológicas poseen cierta especificidad, vinculada a su recuerdo, con su presencia en los sueños, o en el mantenimiento de un malestar psicológico persistente y a veces

intenso con todo aquello que se relaciona con el evento traumático. Algunas manifestaciones sintomáticas de dichas consecuencias se muestran en alteraciones fisiológicas que pueden afectar al sueño y al apetito, pero también a los hábitos y a las conductas.

En *True Detective* se nos muestra cómo el contacto con un crimen de especiales características actúa como evento traumático que afecta a los investigadores encargados de abordarlo. Analizaremos a continuación de qué manera se presentan en la serie las características psicológicas y algunos elementos psicopatológicos de los personajes principales: Cohle y Hart. Cohle queda descrito en la serie a través de su conducta y sus comentarios acerca de sí mismo, y por las opiniones de quienes se relacionan con él. Pero resulta necesario inscribir todos estos elementos descriptivos en la información que se nos va aportando acerca de su devenir biográfico y sus reacciones ante distintos acontecimientos vitales significativos. Resulta relevante considerar en un primer bloque de acontecimientos su evolución desde la infancia. Hijo de una relación de su madre con un soldado que se encontraba de permiso, esta abandona a ambos cuando regresa el padre y el niño tiene 2 años de edad. Ellos dos se trasladan a Alaska, donde viven en una situación de aislamiento, hasta que Cohle decide regresar a Texas. Allí se casa y tiene una hija, forma una familia y desarrolla por primera vez una experiencia familiar. La muerte accidental de su hija acaba con el matrimonio en un contexto emocional destructivo de la pareja, y experimenta un nuevo abandono con la marcha de su esposa. La muerte de su hija parece convertirse, tanto por el hecho en sí como por sus consecuencias familiares y personales, en un acontecimiento determinante de su evolución posterior. El cambio de trabajo de la sección de robos a la de narcóticos inicia un descenso a los infiernos. Infiltrado cuatro años entre los traficantes inicia consumos abusivos, interviene en acontecimientos violentos, causa varias muertes y llega a una situación límite que conduce a su ingreso en un hospital psiquiátrico. No queda claro el diagnóstico, pues él habla de que «durante mucho tiempo prácticamente no dormí, con pesadillas, estrés postraumático».

mático, agotamiento nervioso o lo que fuera». La descripción del estado previo al ingreso es compatible con el cuadro clínico conocido como trastorno por estrés postraumático, entendido como un conjunto de reacciones individuales ante la exposición a intensos factores de estrés. Presupone una intensa reacción emocional frente a uno o varios de ellos, concretos o continuados, durante un periodo breve o prolongado. El punto de partida puede situarse en el fallecimiento de su hija y la posterior descomposición familiar, cuando presumiblemente iniciaba un proceso de identidad en el seno de una familia, con los correspondientes vínculos afectivos y el sentido de responsabilidad y participación en un proyecto compartido. Esta pérdida no da paso a una elaboración del duelo, y la consiguiente ruptura de la pareja impulsa a una actuación cada vez más acelerada y autodestructiva que pone repetidamente en riesgo su propia vida.

Al ser dado de alta, rechaza una oferta de retirarse con «una pensión por loco» y solicita que lo trasladen a la sección de homicidios. Opta así por volver al cuerpo policial, con el objeto de volver a ser miembro de un grupo, jugando con el binomio de identidad y pertenencia. En su nuevo destino, la investigación que se le encarga junto a Hart volverá a activar los principales núcleos conflictivos del personaje, centrados en la pérdida de su hija, e instaurando la necesidad de llegar al final, de resolver el caso para enfrentar así sus propios conflictos. Los sucesivos descubrimientos que irá realizando, la aparición de nuevos casos de crímenes llevados a cabo en criaturas, hacen reavivar en él sus conflictos más íntimos y le llevan a una actuación cada vez más obsesiva y que irá prescindiendo de cualquier límite legal o moral que acote su propia conducta. Repite así los comportamientos que había tenido durante su periodo como infiltrado en narcóticos, incluyendo consumos y participando en acciones violentas. La separación disciplinaria del cuerpo le lleva a transitar por un camino de aislamiento en el cual prosigue su investigación individualmente, al tiempo que establece un consumo de alcohol continuado, abusivo y autodestructivo.

A lo largo de la narración aparecen referencias a las percepciones que tiene Cohle en diferentes

momentos y que formula como un trastorno de la percepción conocido como sinestesia. Él mismo lo define como «un trastorno de los receptores y transmisores sinápticos. Colores alcalinizados, algunos metales. Es una especie de hipersensibilidad. Un sentido activa otro sentido. A veces veo un color y me provoca un sabor en la boca. Un tacto, una textura, un olor ponen una nota en mi cabeza». Sin embargo, en cierta escena aparece una percepción que insinúa un contenido alucinatorio, como cuando percibe desde el coche en que viaja a una niña que le saluda y que le lleva a preguntar a Hart si cree en los fantasmas.

Cohle sustenta su continuidad vital en una filosofía de vida que le aporta cierta racionalización, estabilidad y fortaleza para enfrentar sus propios impulsos autodestructivos. La apoya en autores y textos relevantes, y la resume en la idea de considerarse «un realista, pero en términos filosóficos soy un pesimista, no valgo para las fiestas». Cree que la consciencia humana es un trágico error de la evolución: «somos demasiado autoconscientes... con la certeza de que cada cual es alguien cuando en realidad nadie es nadie... pero me falta el coraje para suicidarme».

La resolución del caso, en una nueva colaboración con Hart, parece abrir una nueva perspectiva vital para él, como si hubiera conseguido finalmente romper, por el momento, el círculo infernal en que se había convertido su vida.

La serie presenta el trastorno por estrés postraumático de forma próxima a las descripciones y clasificaciones diagnósticas de uso habitual, pero no podemos olvidar que este diagnóstico tiene márgenes muy amplios de aplicación. Surgido a partir de la Guerra de Vietnam para dar respuesta a los numerosos casos de soldados que presentaban las consecuencias psicológicas y emocionales que la participación en la guerra había generado en ellos, se formuló como diagnóstico agrupando reacciones que presentaban ciertas similitudes. Aun así, el efecto de la guerra y de las experiencias traumáticas vividas tiene siempre también un trasfondo individual a partir del bagaje vital de cada individuo, y se expresa en intensidad, características y capacidad de recuperación distintas. En True Detective, parece ponerse el acento final en la capacidad de recu-



peración individual, a pesar de que la sucesión de eventos traumáticos, la intensidad y la duración de estos, y la manera como han ido afectando al personaje, harían quizás pensar en otra evolución, más próxima a un hundimiento definitivo, o a una prosecución de conductas de riesgo que conduzcan a aquello que reconoce ser incapaz de llevar a cabo: el suicidio.

Destaquemos, por otra parte, que la serie no proporciona ninguna información del tratamiento o tratamientos seguidos por Cohle durante su ingreso hospitalario, aunque resulta plausible pensar que siguió un tratamiento de deshabituación relacionado con el consumo o consumos abusivos y las adicciones resultantes de su paso por la división de narcóticos.

Tomemos ahora el personaje de Harth, un individuo sin especiales antecedentes biográficos destacables. En el momento de iniciarse la serie, está casado, tiene dos hijas y la situación familiar parece transitar por un camino en el que no hay elementos significativos. Sin embargo, también van apareciendo exponentes de malestar en la persona de su esposa Maggie. Este entorno familiar se verá progresivamente afectado por la participación de Harth en la investigación que le ha sido encomendada. La paulatina implicación del personaje en una trama llena de aspectos oscuros y que va revelando una cadena de crímenes rituales de los que han sido víctimas jóvenes y criaturas inocentes va incrementando la tensión emocional del personaje. Esta experiencia acaba generando en él conductas compensatorias, como es el incremento del consumo de alcohol, por un lado, y las infidelidades matrimoniales por otro. Ambos comportamientos parecen tener para él una finalidad de descarga emocional, pero también de preservación familiar. Sin embargo, acaban por desencadenar el efecto contrario: el alejamiento de la familia, de la que va dejando de ocuparse, y el alejamiento de Maggie, que no acepta sus infidelidades. Así mismo, sus comportamientos en el seno de la familia y fuera de ella tienen un cariz cada vez más violento, particularmente al dar muerte a un detenido y al agredir en la comisaría a los dos jóvenes que habían mantenido relaciones sexuales con su hija adolescente. Esta situación pasa por dos fases distintas. En la

primera, Maggie le echa de casa, y sólo vuelve a aceptarlo cuando ha seguido un proceso de abandono del alcohol y una terapia de pareja. Sin embargo, una nueva infidelidad lleva a la ruptura definitiva como consecuencia de la acción consciente de Maggie al serle infiel con Cohle en una situación provocada por ella. Posteriormente sabremos que habrá conseguido reconducir su vida y la de sus hijas en un nuevo matrimonio, apareciendo ya como la Sra. Sawyer.

En el personaje de Hart no se muestran características psicopatológicas precisas, sino rasgos de personalidad que en contextos habituales lo caracterizan más bien como una persona con habilidades para el trato social, divertido y extrovertido. No posee particulares intereses más allá de su vida familiar y sus relaciones sociales, dentro y fuera del trabajo. Sin embargo, al someterse a una situación de estrés, como ocurre con la investigación que le ha sido encomendada, inicia un proceso de incremento progresivo de la tensión emocional y aparecen comportamientos cada vez más violentos y que comprometen su proyecto familiar. El incremento de la tensión emocional debida a la investigación y a los descubrimientos que se van desvelando lleva progresivamente a una situación de descontrol y desgobierno de su propias conductas, que se orientan cada vez más a obtener compensaciones inmediatas a través del consumo de alcohol o de experiencias sexuales fuera del matrimonio. Cosas que él formula como imprescindibles, es decir, como fruto de la necesidad de «despejar la mente y aliviarse».

En todo caso, la serie nos muestra de qué modo una situación progresiva de estrés, como la de enfrentarse a una serie de crímenes rituales en los que se ha maltratado y dado muerte a criaturas, puede afectar el equilibrio mental y emocional de un sujeto “normal” y desencadenar una serie de comportamientos que acaban por descomponer el proyecto de vida que este había ido construyendo.

El desarrollo de la serie trasluce una narrativa bien elaborada. El guión de Nick Pizzolatto muestra un hilo conductor consistente que da coherencia al conjunto de la producción, en particular en relación a las características psi-

cológicas de los protagonistas. Se nos brindan elementos descriptivos de sus rasgos de personalidad y datos biográficos sobre los que pueden sustentarse sus conductas y reacciones. La evolución de los acontecimientos y la implicación y las conductas de los protagonistas mantienen una conexión evidente con las situaciones de partida y sus antecedentes biográficos.

Las referencias a los aspectos clínicos y psicopatológicos entran dentro de los márgenes aceptables de las descripciones profesionales. De esta manera, ayudan a entender los comportamientos y a ofrecer una visión comprensible de las respuestas de los individuos que se hallan sometidos a condiciones especialmente estresantes o traumáticas, tanto en el ámbito personal como en el laboral. En conjunto, la serie permite un acercamiento humanizado a los personajes y cierto grado de identificación con ellos, sintoniando con sus avatares y sufrimientos. Ello facilita que incluso sus comportamientos más inadecuados o las referencias psicopatológicas no conlleven un efecto estigmatizante.

Las escasas referencias a procedimientos terapéuticos en la serie no permiten una valoración de su adecuación o corrección, aunque aparezcan en algunos momentos menciones explícitas a tratamientos de pareja, medidas de deshabitación o grupos terapéuticos.

La serie analizada nos aporta una descripción del mal a través de conductas criminales de diversa naturaleza, producto de un grave trastorno de la personalidad en el que no existe la noción de norma o de límite. En ellas sólo prevalece la

satisfacción de los propios deseos y necesidades, vinculados a contenidos perversos. Tampoco aparece en el personaje la noción de culpa como elemento al servicio del autocontrol y la reparación. El mal se nos muestra también como expresión de la venganza y como camino que conduce al enfrentamiento y que culmina en la autodestrucción.

Sin embargo, lo que quizás quepa destacar de la serie son aquellas figuras que, partiendo de características personales distintas, se ven atraídos y hasta fascinados por el mal que han conocido en su actividad profesional, a través de sus concretas manifestaciones y al que se enfrentan en la investigación. Personajes a la vez frágiles, pero dotados también de la fortaleza necesaria que les capacita para rehacer sus vidas o generar proyectos personales de nuevo cuño. Capaces de rehacerse de su confrontación con el crimen y la violencia, y de construir a través de relaciones saludables un marco de contención en el cual poder evolucionar hacia aquellas metas que les acerquen a sus objetivos vitales. Destaquemos, también, la importancia que la serie otorga a la relación entre ambos personajes, altamente conflictiva en diferentes momentos, pero que desempeña un papel importante para su recuperación personal. La relación de amistad que los une se constituye en un marco relacional y afectivo que les aporta humanidad, que permite desarrollar las capacidades de recuperación de cada uno de ellos y en la que se sustenta, también, la capacidad de resiliencia de ambos personajes.



Polseres vermelles y el cáncer

Pere Gascón i Vilaplana

Esta producción catalana, creada en 2011 por Albert Espinosa y dirigida por Pau Freixas para TV3, ha sido de las pocas que ha dado, primero, el salto a la televisión estatal (se emitió doblada en Antena 3), y después al complejo circuito internacional de la mano de Steven Spielberg, que decidió adaptarla, con escaso éxito, al mercado estadounidense («Red band society» se canceló en la primera temporada por su baja audiencia). Sin embargo, el éxito de esta pandilla de adolescentes que se formó en los pasillos de un hospital está fuera de toda duda, pues se convirtió en todo un fenómeno que traspasó los límites de la pantalla.

Polseres vermelles (Pulseras rojas) es una serie de TV3 creada y escrita por Albert Espinosa y dirigida por Pau Freixas. Se emitió por primera vez en 2011. El guión original se basa en la novela *El mundo amarillo*, de la cual también es autor Albert Espinosa. La serie, que se adscribe al género de drama médico, duró dos temporadas y contó con un total de 28 capítulos, 13 la primera temporada y 15 en la segunda. Gira alrededor de seis adolescentes de entre 10 y 17 años que coinciden en las salas de pediatría de un hospital en el que están ingresados por diferentes enfermedades: dos tienen cáncer del hueso de la pierna, un tipo de cáncer que tiene la amputación como parte del tratamiento; otro está en coma; un cuarto tiene una afección cardíaca; un quinto afecto de síndrome de Asperger, y el sexto miembro es una chica que sufre anorexia nerviosa. Estos son los personajes principales, a los cuales se añaden a lo largo de la serie otros chicos afectados también por diferentes enfermedades, entre ellos uno con leucemia y una chica con cáncer de mama, pero que no pertenecen al grupo de Pulseras rojas. Una de las particularidades de esta serie es que son los niños-adolescentes los que llevan toda la acción. Los médicos actúan cuando conviene, pero no llevan la iniciativa y, en cierta medida, van siempre a remolque de lo que hacen los jóvenes. El

término «pulseras rojas» viene de las bandas (pulseras) de este color que se colocan en las muñecas de los pacientes cuando entran en el quirófano o cuando se les administran transfusiones de sangre.

A pesar de que la serie pertenece al género dramático y describe el día a día de los niños ingresados en un hospital, hay que resaltar que también respira humor y que es, a mi parecer, un verdadero canto a los valores de la amistad, del compañerismo, a la vida y a las ganas de vivirla, así como de curarse para disfrutarla. Todos estos ingredientes están tratados con una gran sensibilidad y un grado excepcional de ternura que hace que prácticamente en todos los episodios aparezcan escenas, situaciones y acciones que atrapan al espectador de tal manera que consiguen provocar un impacto emocional.

¿Cuál es la impresión de un oncólogo, como es mi caso, sobre la serie después de haber visto la totalidad de sus 28 episodios? Quizá la forma más sencilla de abordar el tema que se me ha encomendado será la de identificar los distintos aspectos médicos de la serie y analizarlos uno a uno, siempre desde el punto de vista del cáncer. Así analizaré el escenario en donde ocurre toda la acción, el hospital, y su personal sanitario: médicos, enfermeras y camilleros. ¿Cómo se relacionan con los pacientes? ¿Cuál es su actitud frente

al cáncer y frente a un paciente, en este caso un adolescente con la enfermedad? ¿Qué apoyos se ofrecen al paciente para poder seguir el día a día con su tratamiento? ¿Se cae en el dramatismo o se presenta la realidad por dura que sea y se ayuda al paciente a cómo gestionarla? Por tratarse de una ficción surgen, obviamente, historias paralelas que no necesariamente tienen que ver con el cáncer.

Empecemos por el hospital. Al principio parece un hospital infantil, pero enseguida aparecen enfermos adultos que hablan con los niños-adolescentes de las salas de pediatría. Para acabar de confundir al espectador, en un momento de la serie, una familiar de uno de los adolescentes ingresa a través de urgencias por dolores de parto y da a luz en el mismo hospital. Hoy en día este tipo de hospitales ya no existen, al menos en nuestro país. Como la patología de los niños y adolescentes es tan distinta a la de los adultos, e incluso su tipo de cáncer poco se asemeja al de los mayores, se han construido hospitales infantiles. Otro aspecto de la serie que no sigue la normativa hospitalaria es mezclar en una misma habitación pacientes de distinto sexo. En la serie ocurre en dos ocasiones. Se junta a un adolescente con cáncer de hueso y a una chica joven con cáncer de mama.

Como se ha comentado en la introducción, tan sólo cuatro de los personajes que aparecen en la serie tienen cáncer: Lleó y Jordi, de la tibia; Rym, de pecho; y un niño con síndrome de Down tiene leucemia. Sólo dos pertenecen al grupo Pulseras rojas, Lleó y Jordi, que requieren la amputación de la pierna. El tratamiento, desde el punto de vista médico, es muy correcto. Por suerte, en la actualidad, una gran mayoría de adolescentes puede evitar la amputación de la pierna mediante un tratamiento combinado de quimioterapia, radioterapia y cirugía.

Conviene decir que uno ingresa en un hospital en un estado mental muy condicionado por su enfermedad. Puede decirse que vive en un ambiente extraño, con mucha carga emotiva, y que su estado emocional sufre muchas fluctuaciones en función de los resultados de las pruebas y de los tratamientos. El paciente afectado de cáncer

se da cuenta, quizá por primera vez en su vida, de que es vulnerable. Es una condición en la que ha entrado en cuestión de horas o de pocos días, y por la que posiblemente comienza a ser consciente de que puede morir. Aun así, en la serie se habla poco o no se habla abiertamente del tema, posiblemente por tratarse de una población adolescente a la que cuesta entender el verdadero significado de la pérdida irreversible que significa la muerte. Este aspecto queda ejemplificado con las palabras de la hermana de Lleó, cuando comenta que siempre piensa y le da miedo el hecho de que pueda perder a su hermano. Opina que aunque su hermano nunca saque este tema sería bueno que, en ocasiones, alguien pecara de ser políticamente incorrecto y hablara de la muerte y se discutiera de manera abierta.

Afortunadamente, hoy en día mucha gente gana la batalla contra el cáncer y se puede hablar en muchas ocasiones de forma normal, algo impensable tan sólo hace tres décadas. También hay enfermos que quieren que se les explique su condición de manera clara. Es el caso de Lleó, que irritado porque considera que la vida no le ha tratado demasiado bien se enfrenta al médico cuando este le dice que la enfermedad ha vuelto a aparecer al encontrarle una mancha en el pulmón:

- ¿Una mancha en el pulmón...? Quieres decir que es un tumor, ¿verdad?
- Sí, claro.
- Pues, joder, ¡llámale tumor! Estoy harto de que los médicos me lleen. No quiero recibir más tratamiento, 23 ciclos son ya suficientes. Me va a dejar estéril tanta quimioterapia.

Este es el pensamiento de un adolescente que está luchando entre la vida y la muerte, ha perdido una pierna y ahora todo indica que el tumor se ha vuelto resistente a la quimioterapia. Sin embargo, él piensa en quedar estéril y no en la muerte. Se resiste a pensar que puede morir, pero obviamente lo piensa constantemente. En una escena de la serie también se ejemplifica el estigma que representa para muchos pacientes sufrir cáncer, y para los adolescentes en



particular. Dice Lleó a Jordi: «Tenemos que ser valientes cuando salimos del hospital y no tener miedo de que nos vean sin piernas». Esta “vergüenza” a que los vean ocurre con más frecuencia de lo que podemos imaginar. No debería ser así, ya que la enfermedad no ha sido por culpa del paciente. Es por una parte el signo, la manifestación de que tengo o he tenido cáncer: la amputación de una pierna, la amputación de un seno; por otra parte, es un problema de imagen y de autoestima. Si esto es ya muy duro para un adulto, imaginemos lo que debe ser para un adolescente.

Otro aspecto que trata la serie es el de la negación, que se representa en Jordi. Le ha salido un bulto en la axila desde hace un año. No se lo dice a su madre ni acude a los médicos del hospital, que ya le advirtieron de que a la más mínima anomalía los visitara. Piensa, o quiere pensar, que aquello no será nada. Esta es una actitud muy común, el de negar los síntomas, las manifestaciones que nos hace el cuerpo y que intentamos justificarlas con muchas veces absurdas excusas. La negación es una reacción muy típica en las personas que en su interior sospechan que aquellas anomalías podrían ser la manifestación de un cáncer.

Un aspecto que, en mi opinión, no se trata cuidadosamente y se cae en el estereotipo, es el de los vómitos y las náuseas inducidos por la quimioterapia. Si bien esto era cierto hace más de 20 años, ahora podemos decir que se dispone de medicamentos que prácticamente han eliminado estos efectos secundarios que tan mala prensa han dado a la quimioterapia. Aún es posible que alguien vomite durante el primer ciclo de administración, pero si hay buena comunicación con el médico puede modificarse la pauta de tratamiento y evitar los vómitos y las náuseas en ciclos posteriores. Tenemos que eliminar este estigma sobre el tratamiento porque no ayuda a nuestros enfermos. La quimioterapia tiene otros efectos adversos, pero el de los vómitos está hoy en día muy bien controlado. Queremos insistir en ello porque esta asociación de quimioterapia-vómito hace que muchos pacientes comiencen a vomitar en el momento en que ven que les entra

líquido en las venas, creyendo que se trata de quimioterapia cuando a veces es tan sólo la solución salina inicial o la medicación para prevenir los vómitos.

Un tema muy importante de la serie en lo que se refiere al cáncer es el de respetar la decisión del enfermo. Esto se ejemplifica en el episodio en que los médicos comunican a Lleó que su enfermedad se ha extendido a varias partes del cuerpo y que sólo tiene un 3% de posibilidades de sobrevivir. Él decide tirar la toalla, dejar de tomar más quimioterapia y salir del hospital para vivir libremente el tiempo que le queda. Los médicos le dicen:

- Sabes que si lo dejas seguramente morirás.
- Sí, ya lo sé, pero no quiero morir en cautividad. Quiero ser libre como lo que soy, pero libre.

Los dos médicos que le han comunicado la recaída y la gravedad de la situación actúan de manera muy correcta y humana y huyen del llamado «encarnecimiento» terapéutico. Los dos se miran y uno le dice al otro «uno nunca tiene solución para todo», al escuchar la respuesta de Lleó de rechazar cualquier otro tratamiento. Este es un aspecto a tener en cuenta en los tratamientos oncológicos. Todos queremos que el paciente se siga tratando, pero a veces el médico debe hacer un acto de humildad y aceptar que ya no puede ayudar al paciente de manera activa y que quizá lo que toca es asumir que el tiempo que le queda transcurra con la mejor calidad de vida que se le pueda proporcionar. En este sentido, Lleó es valiente y decide que quiere ser libre aunque sea por poco tiempo. Tiene todo el derecho a pensar y actuar de esa manera, y así lo aceptan sus médicos.

El caso de Rym, con cáncer de pecho, está muy bien tratado desde el punto de vista oncológico. Ella se pone delante del espejo antes de ir hacia quirófano, y observa sin prisas como último homenaje el pecho que ya nunca más verá. Los médicos le explican cómo será la operación y qué le ocurrirá después. Es una chica fuerte y lo acepta con una gran entereza. La información y la comunicación de los médicos a la paciente

es fluida, normal, y los aspectos del cáncer se tocan con la seriedad que requiere el caso, pero sin añadir ningún tipo de dramatismo.

También están muy bien tratados los diálogos explicativos de los médicos con los padres de los adolescentes y con los propios enfermos. Hay tiempo para explicar y para comentar en un ambiente relajado.

Conclusiones

Podemos decir, en resumen, que se trata de una serie llevada con una sensibilidad exquisita, con buenos actores adolescentes. El tema del cáncer se trata con naturalidad, sin quitar en ningún momento gravedad a la enfermedad. A lo largo de sus 28 episodios se abordan los aspectos de la relación médico-enfermo y de cómo se dan las noticias al paciente y a su entorno familiar. Todo está tratado de manera muy correcta médicamente. Se muestran casos de negación frente a los síntomas o al diagnóstico, se acepta la voluntad del paciente y se evita el encarnecimiento terapéutico. Se desdramatizan la palabra «cáncer» y sus contenidos. La serie cae en el estereotipo de la asociación entre quimioterapia y vómito, situación cada vez más poco común y cuya escenificación nada ayudará a futuros pacientes que deban afrontar tratamientos anticancerosos basados en quimioterapia. La serie transcurre en un ambiente hospitalario en el que en cada episodio ocurren situaciones de vida o muerte. Por ello, es importante cómo se tratan los persona-

jes y los diálogos en un ambiente donde, aunque superficialmente parece que todo el mundo está contento, en verdad coexiste un grado de tensión continuo, controlado, pero que en algún momento de la serie estalla.

La serie es un canto a la humanidad que todos llevamos dentro, a la amistad, al compañerismo y al tesoro de estar vivo. Se mueve constantemente en este equilibrio biológico y misterioso entre la vida y la muerte que, a veces, puede ser cruel en tanto que funciona como una ruleta. Esta ruleta de la vida en la que uno no ha cogido número pero que le ha tocado. Le puede haber tocado la enfermedad o la salud, y sufrirla o disfrutarla. La serie tiene un componente educativo extraordinario a la hora de inculcar valores a los niños y adolescentes. Lo destaco porque, desafortunadamente, este efecto se está perdiendo y diluyendo en la gran mediocridad de muchos de los programas que nos ofrecen los medios de comunicación. «No seas egoísta, la vida no es sólo tuya sino también de todos aquellos que te quieren», le dice un paciente a otro. La frase hace pensar en cómo estamos de alejados de estos valores sencillos, pero innegablemente poderosos. La serie tiene de todo, a pesar de ser un drama en todo su significado. Tanto respira ternura y dureza como alegría y sufrimiento, de forma similar al día a día de nuestras vidas. Es lógico, como no podría ser de otra manera, y no es por lo tanto extraño, que haya sido una serie que ha interesado poderosamente a la gente joven y nos consta que también ha conseguido emocionar a los mayores.

CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN DR. ANTONIO ESTEVE

1. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 1. Barcelona: Prous Science; 2003.
2. Debates sobre periodismo científico. A propósito de la secuenciación del genoma humano: interacción de ciencia y periodismo. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 2. Barcelona: Prous Science; 2004.
3. Palomo L, Pastor R, coord. Terapias no farmacológicas en atención primaria. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 3. Barcelona: Prous Science; 2004.
4. Debates sobre periodismo científico. En torno a la cobertura científica del SARS. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 4. Barcelona: Prous Science; 2006.
5. Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, coord. Aprendizaje y docencia en medicina. Traducción al español de una serie publicada en el British Medical Journal. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 5. Barcelona: Prous Science; 2006.
6. Bertomeu Sánchez JR, Nieto-Galán A, coord. Entre la ciencia y el crimen: Mateu Orfila y la toxicología en el siglo XIX. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 6. Barcelona: Prous Science; 2006.
7. De Semir V, Morales P, coord. Jornada sobre periodismo biomédico. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 7. Barcelona: Prous Science; 2006.
8. Blanch LI, Gómez de la Cámara A, coord. Jornada sobre investigación en el ámbito clínico. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 8. Barcelona: Prous Science; 2006.
9. Mabrouki K, Bosch F, coord. Redacción científica en biomedicina: Lo que hay que saber. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 9. Barcelona: Prous Science; 2007.
10. Algorta J, Loza M, Luque A, coord. Reflexiones sobre la formación en investigación y desarrollo de medicamentos. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 10. Barcelona: Prous Science; 2007.
11. La ciencia en los medios de comunicación. 25 años de contribuciones de Vladimir de Semir. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 11. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
12. Debates sobre periodismo científico. Expectativas y desencantos acerca de la clonación terapéutica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 12. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
13. González-Duarte R, coord. Doce mujeres en la biomedicina del siglo XX. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 13. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
14. Mayor Serrano MB. Cómo elaborar folletos de salud destinados a los pacientes. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 14. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2008.
15. Rosich L, Bosch F, coord. Redacción científica en biomedicina: El que cal saber-ne. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 15. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2008.
16. El enfermo como sujeto activo en la terapéutica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 16. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2008.
17. Rico-Villademoros F, Alfaro V, coord. La redacción médica como profesión. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 17. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2009.
18. Del Villar Ruiz de la Torre JA, Melo Herráiz E. Guía de plantas medicinales del Magreb. Establecimiento de una conexión intercultural. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 18. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2009.
19. González-Duarte R, coord. Dotze dones en la biomedicina del segle XX. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 19. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2009.
20. Serés E, Rosich L, Bosch F, coord. Presentaciones orales en biomedicina. Aspectos a tener en cuenta para mejorar la comunicación. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 20. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2010.
21. Francescutti LP. La información científica en los telediarios españoles. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 21. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2010.

22. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (II). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 22. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2011.
23. Mugüerza P. Manual de traducción inglés-español de protocolos de ensayos clínicos. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 23. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2012.
24. Marušić A, Marcovitch H, coord. Competing interests in biomedical publications. Main guidelines and selected articles. Esteve Foundation Notebooks, Nº 24. Barcelona: Esteve Foundation; 2012.
25. De Semir V, Revuelta G, coord. El periodismo biomédico en la era 2.0. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 25. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2012.
26. Casino G, coord. Bioestadística para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 26. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
27. Carrió M, Branda LA, Baños JE, coord. El aprendizaje basado en problemas en sus textos. Ejemplos de su empleo en biomedicina. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 27. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
28. El científico ante los medios de comunicación. Retos y herramientas para una cooperación fructífera. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 28. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
29. Giba J. Developing skills in scientific writing. Esteve Foundation Notebooks, Nº 29. Barcelona: Esteve Foundation; 2014.
30. Filantropía en investigación e innovación biosanitaria en Cataluña. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 30. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
31. Los públicos de la ciencia. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 31. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
32. Epidemiología para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 32. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
33. Gallego Borghini L. La traducción inglés-español del consentimiento informado en investigación clínica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 33. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2015.
34. Casino G. Escepticismo. Una mirada escéptica sobre la salud y la información. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 34. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2015.

La ficción televisiva desde el punto de vista de los profesionales de la medicina

House y el diagnóstico médico. *Lisa Sanders*

The Knick y las técnicas quirúrgicas. *Leire Losa*

Los Soprano y el psicoanálisis. *Oriol Estrada Rangil*

The Big Bang Theory y el síndrome de Asperger. *Ramon Cererols*

Breaking Bad y la adicción a la metanfetamina. *Patricia Robledo*

Mad Men y el tabaquismo. *Joan R. Villalbí*

The Walking Dead y el imaginario de la epidemia. *Josep M. Comelles y Enrique Perdiguero Gil*

Angels in America, The Normal Heart y Positius: VIH y sida en las series de televisión.
Aina Clotet y Marc Clotet, con el asesoramiento de Bonaventura Clotet

Nip/Tuck, Anatomía de Grey y la cirugía plástica. *María del Mar Vaquero Pérez*

Masters of Sex y la sexología. *Helena Boadas*

CSI y la medicina forense. *Adriana Farré, Marta Torrens, Josep-Eladi Baños y Magí Farré*

Homeland y el mundo de las emociones. *Liana Vehil y Luis Lalucat*

Olive Kitteridge y la depresión. *Oriol Estrada Rangil*

True Detective y la atracción del mal. *Luis Lalucat y Liana Vehil*

Polseres vermelles y el cáncer. *Pere Gascón i Vilaplana*

