

Terapias Peligrosas

Parasitando la Salud

Este es el nombre de un evento de divulgación científica que se centró en los conceptos y prácticas pseudocientíficas que se hacen pasar por terapéuticas haciéndose llamar *medicina alternativa*. Se realizó en el Aula Ortiz Vázquez del Hospital Universitario de La Paz, en Madrid, el 18 de febrero de 2017, y contó con un elenco de científicos y profesionales sanitarios. Estuvo organizado por las asociaciones Fisioterapia Sin Red y ARP-Sociedad para el Avance del Pensamiento Crítico. El acto apareció publicitado en diversos medios de comunicación, y consiguió ser *trending topic* el propio día de su celebración.

La jornada se dividió en cuatro bloques temáticos: Medicina, Fisioterapia, Nutrición/Oncología y Psicología/Psiquiatría, consistentes en unas cuatro o cinco ponencias de unos 10 minutos de duración, seguidas de una mesa redonda en la que se transmi-

tían también a los ponentes preguntas realizadas por el público asistente. Presentamos a continuación los resúmenes de la mayor parte de las charlas, ofrecidos por los propios ponentes, junto con el correspondiente enlace a YouTube en el que se puede acceder a la grabación en vídeo de cada bloque.

1. BLOQUE DE MEDICINA

<https://youtu.be/bBosCXsN80>

Moderadora: Inma León Cobos

Creo, creo, creo en las vacunas

Rafael Tímermans del Olmo, médico del trabajo y médico de familia. H.U. Fundación Alcorcón.

Es terrible escuchar cómo la gente «no cree en las vacunas», pero tanto como cuando «creen en las vacunas». No se trata de un problema de fe. En los medicamentos no se cree. No hay que creer en el paracetamol o en la amoxicilina. Sabemos que funcionan

Es terrible escuchar cómo la gente «no cree en las vacunas», pero tanto como cuando «creen en las vacunas». No se trata de un problema de fe.



De izquierda a derecha, Tania Estapé, Virginia Gómez, Emilio Molina y, en su intervención, Julio Basulto (foto: Inma León)

porque la ciencia, los estudios y ensayos en laboratorio, en animales, y en personas, además del seguimiento de todo medicamento aprobado, así lo dicen.

Cada medicamento tiene sus indicaciones, que vienen en su ficha cuando se aprueban por la autoridad correspondiente. Además, en este tipo especial de medicamentos, las autoridades sanitarias mundiales lo recomiendan, lo indican. La OMS, los CDC, los ECDC, el NHS... todo el que es alguien y sabe lo dice.

Pero no; hay quien cree que puede dudar. Incluso que encuentra un estudio en el *Dr. Google* que habla de los efectos secundarios. Porque ellos, en la soledad de su móvil o de su ordenador, llegan a donde todas las autoridades, los comités, las asociaciones, no son capaces de llegar. Creo que es más peligroso un médico con Google que un paciente con él, porque encima cree que sabe de todo solo por ser médico. El ego médico, apenas importante...

El problema principal no es que haya quien dude, incluso que existan antivacunas, sino que haya médicos, sanitarios antivacunas. Que no vacunan a los grupos en los que está indicado, o que seleccionan cuál usar y cuál no, sin seguir las indicaciones científicas.

Peor aún: que aunque las sociedades científicas siempre han tenido clara la necesidad de la vacunación (incluyendo la de los trabajadores sanitarios para

no contagiar a sus pacientes ya sensibles enfermedades), las instituciones colegiales y profesionales, en general, no solo no han animado a la vacunación, sino que han justificado la no vacunación.

Las vacunas, junto con la potabilización del agua y las medidas de higiene pública, son las que han prolongado y mejorado la vida y la prosperidad de la población, amenazada por enfermedades que tendían a la desaparición, y por actitudes irresponsables de algunos.

Farmacienca

Jesús Fernández, farmacéutico y miembro fundador de Farmacienca.

Farmacienca (farmacienca.org) la constituimos un grupo de farmacéuticos que espontáneamente, y sin pertenecer a ninguna organización que nos agrupara, decidimos el 25 de septiembre de 2016, coincidiendo con el Día Mundial del Farmacéutico, publicar una carta abierta dirigida a nuestros representantes para pedirles que la homeopatía saliera del mundo de la farmacia.

Como falsa terapia que es, sin avales científicos y aprovechándose de la laxitud de la ley que la intenta regular, se introduce en nuestro ejercicio a muchos niveles: farmacias que la dispensan y recomiendan, universidades que se atreven a enseñarla (pocas afortunadamente); sociedades que se llaman «científi-

casos», como la SEFAC, que la incluyen en sus guías terapéuticas; y nuestro más importante órgano representativo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que la acoge sin pudor y le da una oficialidad que no debe tener.

Por primera vez, un grupo de profesionales representativo, y con el único interés de mejorar nuestro ejercicio profesional, se pronuncia al respecto de esta terapia que nunca lo ha sido y pide expresamente a sus representantes que actúen para que no forme parte de nuestro ámbito de trabajo.

Es el inicio de más actividades, en las que se incluirán a otros colectivos como estudiantes, médicos, fisioterapeutas, matronas, químicos, físicos... y todo aquel que tenga criterio para confirmar que la homeopatía no es más que un engaño que lleva doscientos años con sus artes, pero que tiene los días contados.

La relación en la consulta médica con el paciente que utiliza terapias alternativas

Vicente Baos Vicente, médico de familia. Promotor de la iniciativa #NoSinEvidencia. <http://vicentebaos.blogspot.com.es/>

En la mayoría de las consultas médicas de nuestro país no se habla del uso de terapias no convencionales (TNC). Los pacientes que las utilizan tienden a ocultar a sus médicos dicho uso, desde las infusiones más inocuas y las terapias basadas en el efecto placebo hasta aquellas que contengan un claro riesgo. Salvo un pequeño porcentaje de personas que usan exclusivamente la medicina alternativa como abordaje de enfermedades graves, la mayoría de los usuarios de TNC comparten el uso de la medicina con las otras técnicas.

Es importante que los médicos entendamos que crear un ambiente adecuado para que el paciente tenga la posibilidad de hablar sobre sus dudas, incluida la del uso de TNC, es hacer una buena práctica clínica. Cuando se plantean preguntas directas de los pacientes sobre la posible utilidad de las TNC para su caso particular, en una relación entre médico y paciente de confianza y abierta —como pretendo hacer en mi consulta—, se podrá matizar y explicar lo que pueden o no pueden ayudar a dicho paciente las TNC. Debemos conocer las motivaciones, expectativas y razones que hacen que un paciente desee usar TNC. Rechazar de plano, con expresiones del tipo «eso no vale para nada», «usted, o me hace caso o aquí no vuelva», etc., crean una barrera de comunicación que impedirá razonar la visión del médico crítico con las TNC.

El uso de TNC no está relacionado ni con el nivel de formación académica ni con el acceso a la información de calidad; más bien al contrario: las creencias culturales, la influencia del ambiente o las experiencias previas determinan más que otros condicionan-

tes la creencia en la utilidad de las TNC. Escuchar las razones que potencian el efecto beneficioso percibido por el paciente sería la mejor manera de aproximarse. Explicando lo que la ciencia conoce de esas terapias, explicando cómo nuestro cerebro interpreta hechos que parecen causales y no lo son; es decir, mediante un abordaje científico de lo que son o no son las TNC, podemos explicar porqué las pseudociencias son simulaciones de tratamientos y no constituyen un abordaje científico de la enfermedad. Si en la conversación se detecta algún grave riesgo para el paciente por el uso de TNC, claramente, la actitud debe ser firme y clara al explicar sus riesgos.

También es posible que en la consulta se presente una situación extrema: un familiar pide tu ayuda porque el enfermo rechaza el tratamiento médico ofrecido al creer en un abordaje diferente de la enfermedad, y donde se detecta un riesgo muy grave para su pronóstico. Realmente, estamos ante un dilema ético importante. Si un paciente con patología psiquiátrica grave manifiesta pensamientos de realizar actividades que sean peligrosas para sí mismo o para otros, los sanitarios tenemos la capacidad legal de forzar su ingreso hospitalario. Sin embargo, en una situación donde el paciente, por voluntad propia, decide no efectuar un tratamiento con altas posibilidades de eficacia, no tenemos capacidad para cambiar esa decisión, aunque la familia se manifieste en desacuerdo y genere un gran sufrimiento. La legislación sobre la autonomía del paciente es muy clara, y la única actitud ética posible es la de informarle de las consecuencias de sus actos y ofrecer una ayuda permanente, esté como esté su situación clínica. El rechazo o el desprecio son, además de inútiles, dañinos. Y puede ser que dicho paciente se arrepienta de su situación en la evolución de la enfermedad. Siempre ayudar de la forma que se pueda.

La lucha contra las pseudociencias, y sobre todo las que generan creencias peligrosas, está en el **ámbito social**. A cualquier persona vulnerable, siempre ayudarla.

Enfermería holística, o: ¿por qué lo llaman holismo cuando quieren decir modelo biopsicosocial?

Azucena Santillán, enfermera del H. U. de Burgos y directora del Máster Enfermería Basada en Evidencias e Investigación. www.evidencia.com

Si buscamos en la RAE el adjetivo *holístico*, nos lo describe como «perteneciente o relativo al holismo»; y *holismo* como «doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen».

La concepción holística de los cuidados de enfermería nació hace décadas, y ha habido grandes referentes en la historia de los cuidados, como Madeleine Leininger y su *teoría de la enfermería transcultural*,

que evidencian la preocupación de las enfermeras por el enfoque global del ser humano. Otro modelo de enfermería que muestra el interés por el enfoque global del cuidado es el que propone Virginia Henderson a través de su *teoría de las necesidades*, en la cual describe catorce necesidades del ser humano, que van desde las más básicas (oxigenación, nutrición, eliminación, sueño...) hasta otras igual de importantes como son «vivir según sus valores y creencias» o «aprender, descubrir y satisfacer curiosidad». Marjory Gordon ofrece también otro marco de actuación a través de sus once patrones funcionales, que sirven de guía para hacer valoraciones que abarcan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es decir, cualquier enfermera actualmente trabaja según el modelo bio-psico-social. Por tanto, no es ninguna novedad asegurar que los cuidados de enfermería son holísticos, porque lo son desde el momento en el que aceptamos trabajar bajo los actuales modelos¹.

El modelo biomédico tradicional, hegemónico hasta mitad del siglo XX, se caracterizó por el dualismo cuerpo-mente, la focalización causa-efecto y la relación clínica basada en la autoridad del profesional. La OMS ya rechazó este enfoque y apostó por el modelo holístico, el biopsicosocial, ya que ofrece mejores resultados en salud y es el que actualmente enmarca la asistencia sanitaria en España. Esto no quita para que sea necesaria una revisión de la implementación del modelo biopsicosocial en la práctica, especialmente cuando se identifican circunstancias que dificultan la valoración holística individual y grupal, como es en el caso de la elevada presión asistencial o la excesiva tecnificación de los procesos².

Pero sucede que el concepto *enfermería holística* está sufriendo una suerte de perversión. Desde hace unos años se asocia lo *holístico* con lo *natural*, *alternativo* o *complementario*. En la literatura científica³ se puede leer incluso que el interés por las terapias complementarias surge en contraposición del mencionado modelo biomédico tradicional, cuando es el modelo biopsicosocial el que ha adoptado este rol. O que dichas «alternativas» se caracterizan porque

tienen como uno de sus objetivos la atención integral y la promoción de la salud, cuando estos objetivos los tiene también la medicina tradicional.

El caso es que, poniendo el foco en las dificultades que hay para llevar a la práctica el modelo biopsicosocial, se está tratando de justificar prácticas carentes de evidencia científica. Por ejemplo, con el auge de la «humanización» de la sanidad parece que se están prodigando en los centros sanitarios pseudoterapias como el *reiki*.

Desgraciadamente, son los propios Colegios Profesionales, sindicatos de índole sanitaria, etc., los que ayudan a cimentar este nuevo concepto de la palabra *holístico* a través de jornadas científicas y formativas al respecto. Craso error, ya que para justificar estas actividades insisten en que las terapias complementarias mejoran la salud de las personas a través de un abordaje *holístico*⁴.

Las palabras construyen la realidad, y parece que lo que se pretende es convencer a la población de que estas pseudoterapias sin rigor científico, y muchas veces sin siquiera plausibilidad biológica, son la solución a un sistema de salud saturado que supuestamente carece de un enfoque integral.

Recordemos pues tres cosas:

1. El sistema sanitario actual apuesta por el enfoque integral.
2. Los profesionales sanitarios apostamos por el modelo biopsicosocial, es decir, por el modelo holístico.
3. Y además los profesionales sanitarios debemos apostar por las prácticas basadas en evidencias.

Así pues, llamemos a las cosas por su nombre y no permitamos que las pseudociencias se infiltren a través de las grietas que dejan las carencias de nuestro sistema; porque esas grietas se pueden solucionar mejorando la gestión sanitaria, y no con pensamiento mágico.

Referencias:

1. Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2004 Ago [cita-

Con el auge de la «humanización» de la sanidad parece que se están prodigando en los centros sanitarios pseudoterapias como el reiki.

do 2017 Mar 12]; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.

2. F. Muñoz Cobos. Cambio de modelo de atención sanitaria. *Med Fam Andal*, 17 (2016), pp. 49-64

3. Ceolin T., Heck R.M., Pereira D.B., Martins A.R., Coimbra V.C.C., Silveira D.S.S.. Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Mar 12]; (16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200017&lng=es.

4. *La Voz de Talavera*. El Sindicato de Enfermería de Talavera ultima su VI Jornada Nacional [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Mar 12] Disponible en: <http://www.lavozdetalavera.com/noticia/38792/talavera/el-sindicato-de-enfermeria-de-talavera-ultima-su-vi-jornada-nacional.html>

2. BLOQUE DE FISIOTERAPIA.

<https://youtu.be/EYunbJINYmA>

Moderadora: Aurora Araujo

De cráneo

Rubén Tovar, fisioterapeuta. Profesor de la Universidad Internacional de La Rioja.

La osteopatía craneal (OC) se basa en la asunción de que los huesos del cráneo se mueven de una manera rítmica, junto al cerebro, médula, meninges y hueso sacro debido a las fluctuaciones del líquido cefalorraquídeo (LCR). Fue postulada por el osteópata William Sutherland a finales del siglo XIX, aunque algunos autores sostienen que Sutherland se basó en los principios de Swedenborg, un teólogo previo al propio fundador de la osteopatía, Andrew Taylor Still.

La OC es un auténtico despropósito palpatorio. Pretender sentir el LCR es como pretender sentir las pepitas de una sandía sin abrirla. No es más que una ilusión, una alucinación estereoagnósica. La palpación del movimiento del LCR bajo el concepto de movimiento respiratorio primario (MRP) no tiene fiabilidad ni inter ni intraexaminador. De hecho, la fiabilidad es aproximadamente cero. Y no solo eso, sino que tanto la fiabilidad diagnóstica como la efectividad terapéutica son inexistentes.

El movimiento que los osteópatas aseguran percibir de los huesos del cráneo ha sido cifrado, en los estudios más optimistas, en micras; y en cualquier caso, los estudios sugieren **flexibilidad** en las suturas craneales, más que movimiento. Percibir un movimiento con esas dimensiones mediante el tacto parece ciencia ficción. Dicha percepción táctil podría ser un automatismo producido por ellos mismos: el fenómeno psicológico conocido como *efecto ideomotor*, presente en la *ouija*, en el péndulo o en la vara de los zahoríes.

La evidencia científica en contra, junto a la falta absoluta de plausibilidad biológica y de fundamentación teórica y la insistencia en mantener su práctica, hacen encajar la OC en el campo de las pseudociencias. Algunos sectores de la osteopatía han pedido que la parte craneal sea eliminada de su cuerpo de conocimiento, pero sigue gozando del beneplácito del grueso de la profesión.

Terapia inalámbrica

Raúl Ferrer, Fisioterapeuta, Profesor Titular CSEU La Salle, Univ. Autónoma de Madrid. Presidente de Fisioterapia Sin Red.

Dentro de las terapias alternativas o complementarias, como les gusta identificarse, se engloban toda una serie de falsos principios activos, mecanismos de actuación de dudosa plausibilidad biológica y un sinfín de explicaciones mágicas a fenómenos no tan esotéricos o espectaculares como hacen creer las personas que defienden sus beneficios para la salud. Una de las más conocidas por el público general es el *reiki*. Esta supuesta terapia basa su actuación en el principio de transmisión de lo que los «maestros» y «terapeutas reiki» denominan *energía vital universal*, a través de la imposición de manos, con el fin de facilitar la «autosanación» del receptor.

Su creador, Mikao Usui, a principios del siglo XX, tras lo que él mismo definió como una experiencia mística, comenzó a utilizar este ritual de sanación en el que la energía (supuestamente) entra en el cuerpo a través del *chakra* de la corona, situado en el ápex craneal (punto más alto de la cabeza) y se distribuye

La relajación es el principal motivo de alivio relacionado con el reiki, y en ningún caso se requiere de un contexto mágico o energético para su realización.



(foto: pxhere.com/en/photo/626294, CC0 Public Domain)

por todo el cuerpo del «terapeuta», siendo este capaz de transmitirlo en un primer nivel de aprendizaje mediante la imposición de manos, tras un ritual de iniciación en el que «abren» el canal que le capacita para transmitir la energía universal. Más adelante, con la incorporación de distintos símbolos al ritual y avanzando en lo que los practicantes denominan «niveles», se adquiere la supuesta habilidad de «enviar» esa energía universal a distancia, sin la necesidad de estar presente el receptor de la técnica físicamente frente al terapeuta durante la sesión, es decir, una «Terapia Inalámbrica». Esta técnica no solo puede dirigirse a personas, sino también a animales u objetos con el fin de «mejorar» su funcionamiento, según dicen.

En el año 1998 se publicó un estudio en la prestigiosa revista de la Asociación Médica Americana, JAMA, en la que una niña de 9 años, en un experimento en el colegio, había conseguido demostrar que la supuesta habilidad de los terapeutas *reiki* para enviar esa energía mediante la imposición de sus manos era inexistente, y que por tanto la capacidad de estos para identificar cuándo alguien le está transmitiendo esa energía no era superior al propio azar (Rosa et al., 1998). Sin embargo, a pesar de que su principio de actuación místico fue desmontado tan sencillamente, esta pseudociencia gana adeptos a nivel internacional, principalmente por la sencillez de acceso a su

uso y por la ausencia de efectos secundarios en su aplicación.

Sin embargo, otro motivo importante por el que esta pseudoterapia sigue ganando adeptos es porque tanto los terapeutas como los pacientes dicen «notar» los efectos, y no van del todo desencaminados. De algunas partes del ritual que se realiza en esta técnica sí se pueden deducir algunos efectos potencialmente beneficiosos para la salud, pero por explicaciones biológicas que nada tienen que ver con la transmisión de la hipotética energía universal, tal y como se extrae de una revisión sistemática publicada por VanderVaart et al. (2009). En esta revisión, los autores concluyen que los estudios que hay sobre los efectos terapéuticos del *reiki* son escasos y de calidad baja, pero a pesar de esa gran limitación, 9 de los 12 trabajos analizados referían «efectos terapéuticos».

Algunos de estos efectos ya habían sido analizados en un estudio de 2001, en el que se observó que todos los efectos que se producen en el paciente receptor de la terapia son similares a los producidos por la relajación, y se centran principalmente en la modulación de variables relacionadas con el sistema nervioso autónomo (SNA) (Wind et al., 2001), que es el principal encargado de mantener el equilibrio de muchas de las funciones básicas corporales (homeostasis).

Otra vía de actuación plausible es la activación de áreas corticales relacionadas con el efecto placebo,

que se ha relacionado de manera detallada en la literatura con mecanismos de recompensa y con mecanismos inhibitorios descendentes que modulan la percepción dolorosa (Lidstone et al., 2005). Estudios de Benedetti (2012) relacionan la capacidad del propio ritual terapéutico con la activación de la respuesta placebo, y estas respuestas placebo son capaces de modular la actividad del SNA (Meissner, 2011). Todas estas vías de activación y relación entre el efecto placebo, el SNA y la percepción de efecto terapéutico se han descrito de igual manera por la acción de la meditación y la concentración (Tang et al., 2009), de manera individual, sin la necesidad de la acción de ningún intercambio de «energía universal» a través de un pseudoterapeuta que imponga sus manos para desencadenar las respuestas descritas. Por tanto, los posibles efectos asociados a la relajación, la concentración y meditación sobre sistemas endógenos que generan analgesia, y las respuestas de sistemas de recompensa relacionadas con vías dopaminérgicas y serotoninérgicas, vinculadas a la sensación de bienestar; no se pueden atribuir a la interacción del terapeuta más allá del ritual con tintes orientales y místicos, y por tanto a las propias expectativas del receptor sobre la técnica en cuestión.

En casos como este en los que el paciente percibe un beneficio relacionado con la respuesta placebo, los riesgos principales del uso e implementación en entornos sanitarios de este tipo de pseudoterapias pueden desencadenar la respuesta sustitutiva de otros procedimientos que sí han demostrado tener un efecto terapéutico sobre condiciones concretas. Al ser una técnica de fácil acceso para cualquiera que quiera aplicarlo, permite que personas sin ninguna formación sanitaria se crean con la facultad de actuar sobre procesos de enfermedad, con el evidente riesgo que conlleva; y la ausencia de efectos secundarios (y primarios) derivados de su uso puede incidir en un sesgo de confirmación por parte del pseudoterapeuta, que le lleve a creer que en los casos de mejoría

relacionados con la regresión a la media, o con el curso normal de la enfermedad, su acción sobre el paciente ha sido clave para el resultado obtenido, y que esto le capacite de algún modo para buscar otras estrategias pseudocientíficas, que tienen riesgos más directos sobre la salud de las personas, al aplicarse en contextos de enfermedades más severas, por ejemplo, en las que una acción sanitaria es imprescindible para la correcta evolución del problema.

En resumen, la relajación es el principal motivo de alivio relacionado con el *reiki*, y sí que ha demostrado tener ciertos efectos beneficiosos sobre la salud en distintas condiciones patológicas, aunque no se mantienen en el tiempo (Dunford and Thompson, 2010); pero en ningún caso se requiere de ningún contexto mágico o *energético* para su realización, ni por supuesto habilita a nadie para realizar intervenciones con objetivo terapéutico sin una titulación sanitaria adecuada, pues pueden generar situaciones de riesgo para la salud de los pacientes que se someten a ellas.

Referencias:

- Benedetti, F., 2012. Placebo-Induced Improvements: How Therapeutic Rituals Affect the Patient's Brain. *J. Acupunct. Meridian Stud.* 5, 97–103. doi:10.1016/j.jams.2012.03.001
- Dunford, E., Thompson, M., 2010. Relaxation and Mindfulness in Pain: A Review. *Br. J. Pain* 4, 18–22. doi:10.1177/204946371000400105
- Lidstone, S.C., de la Fuente-Fernandez, R., Stoessl, A.J., 2005. The placebo response as a reward mechanism. *Semin. Pain Med.* 3, 37–42. doi:10.1016/j.spmd.2005.02.004
- Meissner, K., 2011. The placebo effect and the autonomic nervous system: evidence for an intimate relationship. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 366, 1808–17. doi:10.1098/rstb.2010.0403
- Rosa, L., Rosa, E., Sarner, L., Barrett, S., 1998. A Close Look at Therapeutic Touch. *JAMA* 279, 1005–1010.
- Tang, Y.-Y., Ma, Y., Fan, Y., Feng, H., Wang, J., Feng, S., Lu, Q., Hu, B., Lin, Y., Li, J., Zhang, Y., Wang, Y., Zhou, L., Fan, M., 2009. Central and autonomic nervous system interaction is altered by short-term meditation. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 106, 8865–8870. doi:10.1073/pnas.0904031106

Que un paciente acuda a una consulta con un dolor de hombro y se vaya con la idea de que aparte de un problema en el hombro tiene un «problema funcional» en su hígado es engañarlo.

vanderVaart, S., Gijzen, V.M.G.J., de Wildt, S.N., Koren, G., 2009. A Systematic Review of the Therapeutic Effects of Reiki. *J. Altern. Complement. Med.* 15, 1157–1169. doi:10.1089/acm.2009.0036

Wind, D., Phd, W., Associate, R., Engebretson, J., Rnc, D., Wardell, D.W., Engebretson, J., 2001. Biological correlates of Reiki Touch(sm) healing. *J Adv Nur* 33, 439–45.

Belivers (osteopatía visceral)

Eduardo Fondevila, Fisioterapeuta, MSc. Prof Asociado EUF Gimbernat-Cantabria (Univ. Cantabria).

La víscera, ¿es fuente de dolor y nocicepción?

Sin duda, y es sabido científicamente desde finales del siglo XIX con los trabajos de Head. Como cualquier residente de urgencias comprueba día a día, son numerosos los cuadros clínicos de dolor somático referidos a una fuente visceral, y suelen estar asociados a patología severa: litiasis renal, infarto miocárdico, patología hepática severa, etc.

Existen no obstante, algunas corrientes de terapia manual que consideran un tipo de «lesión visceral», encuadrada en el concepto de «fallo posicional» como fuente de dolor visceral referido somático, algunos tan peregrinos como el túnel del carpo o implicaciones espúreas de este «fallo posicional» en cuadros como el síndrome de estrés postraumático.

No son ni mucho menos todos los fisioterapeutas y osteópatas que trabajan terapia manual en la zona del vientre los que operan bajo estos predicados, pero sin duda constituyen un subgrupo no menor, y este paradigma goza de indudable arraigo en algunos planes de estudios universitarios de grado y de postgrado.

No existe evidencia de que el concepto de *fallo posicional visceral* exista y, en cualquier caso, estas pequeñas alteraciones mecánicas en ligamentos o fascias viscerales no son fuente de nocicepción: la nocicepción visceral ocurre en fenómenos de isquemia, inflamación o gran distensión mecánica en el caso de las vísceras huecas, por lo que estos predicados de nocicepción víscero-somática por alteraciones posicionales carecen, además, de plausibilidad biológica.

Que un paciente acuda a una consulta con un dolor de hombro y se vaya con la idea de que aparte de un problema en el hombro tiene un «problema funcional» en su hígado es engañar al paciente. Que una paciente acuda a consulta por un problema de infertilidad y se le diga que es por la malposición de su útero, es engañar a la paciente: siga usted probando en los próximos meses mientras le vamos tratando a ese nivel. En unos meses, quizá por regresión a la media, la paciente se haya podido quedar embarazada... para mayor gloria y ganancia en la cuenta corriente del avisgado terapeuta visceral que se pone la medalla y se erige en artífice del «milagro» de la concepción.

Hacemos nuestra la máxima de que afirmaciones

extraordinarias requieren pruebas extraordinarias. Si la terapia manual visceral puede ser un tratamiento coadyuvante para cuadros clínicos concomitantes, como por ejemplo algunos cuadros de dolor lumbar, etc., puede ser debido a factores de tipo mixto mecánico neurofisiológico y merecen ser estudiados, como nos consta que hacen algunos grupos de trabajo, de una manera seria y científica para brindar la mayor excelencia en la atención clínica de nuestros pacientes.

3. BLOQUE DE NUTRICIÓN/ONCOLOGÍA

<https://youtu.be/goPBZ50hNPk>

Moderador: Emilio Molina

Terapeutas ortomoleculares, dieta alcalina y otros milagros de la nutrición.

Por Virginia Gómez, dietista-nutricionista (Dietista Enfurecida, en las redes sociales).

Los temas de nutrición y alimentación son actualmente un fértil campo de cultivo para las pseudociencias; por ello decidí centrar el tema, más incluso que en nutrición ortomolecular, en la llamada «dieta alcalina».

Me pareció especialmente grave cuando por primera vez vi que se recomendó a un paciente con cáncer de colon desde un famoso hospital público valenciano. No lo podía creer, y lo peor es que desde muchos sitios se sigue recomendando; por desconocimiento, quiero pensar.

La dieta alcalina propugna, ni más ni menos, la posibilidad de alterar a nuestro antojo los pH corporales a través de la alimentación, y se vale de una explicación que parece científica (es claramente pseudocientífica, porque sencillamente no funciona así), pero que para quien no tenga una formación básica en ciencias puede resultar creíble; de ahí mi sorpresa cuando veo a profesionales sanitarios recomendándola y quedarse tan anchos.

Y la explicación, a grandes rasgos y con falacia de autoridad, falsa, pero incluida, es:

El cáncer se desarrolla en un medio ácido, así que si a través de nuestra alimentación creamos un entorno alcalino, el cáncer no se desarrollará o tardará más en hacerlo. Esto nos lo dijo Otto Warburg, que ganó el Premio Nobel gracias a este gran descubrimiento.

No, mira; ni Otto Warburg ganó el Premio Nobel por eso, ni dijo eso, ni eso funciona así.

1. Otto Warburg ganó el Premio Nobel en 1931 por su «descubrimiento de la naturaleza y modo de acción de la enzima respiratoria»; aunque es cierto que continuó investigando sobre el metabolismo celular y tumoral.

2. Respecto a lo de que el cáncer tiende a acidificar su entorno, es cierto; pero **no** es la acidificación del entorno lo que «crea» un cáncer; no es causa, es consecuencia.

3. Afortunadamente para quienes creen en esto, no podemos variar nuestro pH a antojo. Una mínima variación en el pH sanguíneo nos llevaría a la muerte y, por supuesto, antes de ello se ponen en marcha nuestros sistemas de tamponamiento en caso de acidosis o alcalosis, para que el pH se quede justo donde debe. Además, variaciones en el pH intestinal o vaginal podrían causar una seria disbiosis; no es una buena idea.

A todo esto, siempre puede surgir alguien alegando *amimefuncionismo*: «¡Pues yo me encuentro mucho mejor desde que hago la dieta alcalina!». Por supuesto. La dieta alcalina se basa en el consumo abundante de frutas, verduras, proteína vegetal y grasas saludables. Claro que es una opción sana; de hecho, casi cualquier dieta medianamente decente mejoraría la alimentación de la población. Claro que la salud puede mejorar, sea con dieta alcalina, con dieta vegetariana, con dieta paleo, con dieta mediterránea... mejorar lo presente es muy fácil. Que funcione para el cáncer, o que funcione para la salud por el mecanismo que se alega, lo siento, pero no.

Mis (descabelladas) recetas anticáncer

Julio Basulto, dietista-nutricionista. www.julio-basulto.com

Cuanto más éxito tiene un libro que divulga conceptos erróneos relacionados con la salud, mayor es el peligro de que se produzca un daño poblacional, especialmente en grupos vulnerables¹. Es lo que puede suceder, sin duda, al seguir las descabelladas propuestas (más adelante hablamos de algunas de ellas) que aparecen en el *best-seller Mis recetas anticáncer*.

El libro está escrito por una médica llamada Odile Fernández, quien sobrevivió a un cáncer. Lo hizo gracias a los avances médicos, pero ella no duda en atribuirse el mérito a sí misma². Antes de valorar el libro es conveniente entrar en la página web de la autora, donde leemos una entrada titulada «Allan Taylor, un abuelo de 78 años se cura de un cáncer terminal solo con una dieta anticáncer»³. Se trata de una afirmación peligrosa y rotundamente falsa, que nos da una idea del rigor científico de una persona que pretende que sigamos sus «recetas anticáncer» para hacer frente a esta enfermedad.

Fomentar un *método* «anticáncer» es engañoso, pero además vulnera el Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, que prohíbe «cualquier clase de publicidad o promociones (directas o indirectas, masivas o individualizadas), de [...] *métodos* con pretendida finalidad sanitaria [...] que se destinen a la prevención, tratamiento o curación de enfermedades transmisibles, cáncer y otras enfermedades tumorales [...]»⁴. El Real Decreto se vulnera tanto en el interior del libro («Métodos anticáncer para consumir los

alimentos», página 357) como en su contraportada, donde leemos «[...] tú puedes tomar un papel activo en la prevención y en la curación de una enfermedad que, a día de hoy, alcanza las proporciones de epidemia». Esta última frase, además, vulnera otro apartado del citado Real Decreto, que prohíbe proporcionar «seguridades de alivio o curación cierta».

Que las propuestas del libro son descabelladas (fuera de orden, concierto o razón, según la RAE) es algo que se puede comprobar simplemente leyendo su índice, donde encontramos la referencia a capítulos como los siguientes: «el ajo: el “curalotodo”» (página 248), «Las algas, la quimioterapia del mar» (p. 252), «Las setas invitan a nuestro cuerpo a eliminar el cáncer» (p. 261), «El jengibre: la raíz que acaba con el cáncer» (p. 301), «La leche materna: el alimento perfecto que mata las células cancerosas» (p. 306). En todo caso, en las páginas 217 a 219 hallamos afirmaciones no ya descabelladas, sino directamente abominables:

¿Cómo convertir a nuestra agua en sanadora? [...] Emoto afirma que el agua puede curarnos (y también enfermarnos), para ello sólo tenemos que transmitirle esa intención. ¿Y cómo podemos hacerlo? Compra una botella de cristal transparente, vierte en ella tu agua filtrada o mineral y con un bolígrafo permanente escribe en la botella tu mensaje positivo y sanador. [...] Después deja tu botella al sol para que se vitalice, pierda el cloro y reciba toda la energía lumínica de nuestro gran astro. Y ya tienes lista tu agua sanadora. [...] ¿Has visto qué medicina más barata e inocua? Efectos secundarios, cero. Efectos positivos..., inimaginables, no hay límites. El límite lo pones tú y tus pensamientos.

Dejando de lado los peligros de que un paciente con cáncer tome agua sin cloro, y dejando de lado la frustración y culpabilidad que pueden generar las anteriores afirmaciones, es necesario citar aquí una conocida frase de David Hume: «Las afirmaciones extraordinarias requieren evidencias extraordinarias». Porque no existe ninguna clase de prueba científica, ni ordinaria ni extraordinaria, que sustente tales barbaridades⁵.

La autora repite una y otra vez su experiencia, como que acudió a una dieta vegana para hacer frente a la enfermedad, algo que desaconseja un reciente consenso⁶. Sin olvidar que, parafraseando al Dr. Richard Doll, uno de los epidemiólogos más importantes del siglo XX, «Los tratamientos médicos que surgen de la propia experiencia suelen tener “efectos variables” e ineficaces»⁷.

El libro no se conforma con dar falsas expectativas con respecto al papel de la dieta en el cáncer, también se atreve con las «terapias naturales», del todo

desaconsejables para abordar esta enfermedad⁸⁻¹². Un ejemplo lo tenemos en la página 420: «Reiki, terapias energéticas y su efecto sanador sobre los pacientes con cáncer». No hallamos ni una sola prueba científica de la supuesta capacidad de «sanar» el cáncer mediante estas terapias⁵. Es más, en palabras del reputado experto Edzard Ernst, los pacientes con cáncer que utilizan «terapias alternativas» mueren antes¹⁰.

Es momento de citar algunos de los riesgos que acompañan a este libro o a otros similares: rechazar o postergar un tratamiento eficaz para el cáncer, generar una falsa sensación de seguridad, exacerbar los sentimientos de superación, fomentar un descrédito de la medicina tradicional, generar efectos adversos, provocar interacciones indeseadas, promover dietas desequilibradas y hacer perder tiempo, dinero y esperanzas¹³.

En suma: afirmar, o incluso sugerir, que existe un planteamiento dietético que puede curar el cáncer es falaz, es antiético y, sobre todo, es peligroso.

Referencias:

1. Basulto J, Manera M, Baladía E, Miserachs M, Rodríguez VM, Mielgo-Ayuso J, Amigó P, Blanquer M, Babio N, Revenga J, Costa A, Lucena-Lara M, Blanco E, Pardos C (Autores), Sauló A, Sotos M, Roca A (Revisores). «¿Cómo identificar un producto, un método o una dieta “milagro”?» Noviembre de 2012 (actualizado: 12 diciembre de 2012). [Monografía en internet]. Disponible en: www.fedn.es/docs/grep/docs/dietas_milagro.pdf
2. Fernández O. «Mi cura del cáncer fue un milagro muy currado». Entrevista en *Smoda* de *El País*. 14 de octubre de 2013. Mis recetas anticáncer (blog). En línea: <http://www.misrecetasanticancer.com/2013/10/mi-cura-del-cancer-fue-un-milagro-muy.html>
3. Fernández O. «Allan Taylor, un abuelo de 78 años se cura de un cáncer terminal solo con una dieta anticáncer». 21 de septiembre de 2012. *Mis recetas anticáncer* (blog). En línea: <http://www.misrecetasanticancer.com/2012/09/allan-taylor-un-abuelo-de-78-anos-se.html> Nota: Acabamos de comprobar que poco después de la intervención de Julio Basulto en el evento «Terapias peligrosas: parasitando la salud», en el que hizo alusión a este texto, la autora lo retiró de su página web. En todo caso, se

puede consultar en este enlace: <https://web.archive.org/web/20160731160659/http://www.misrecetasanticancer.com/2012/09/allan-taylor-un-abuelo-de-78-anos-se.html>

4. Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.

5. Ernst E. «Patient education: Complementary and alternative medicine treatments (CAM) for cancer (Beyond the Basics)». *UpToDate*. 5 de mayo de 2016. En línea: <https://www.uptodate.com/contents/complementary-and-alternative-medicine-treatments-cam-for-cancer-beyond-the-basics>

6. Ernst E. «Integrative medicine: more than the promotion of unproven treatments?». *Med J Aust*. 2016 Mar 21;204(5):174-174e1.

7. Basulto J. «Cáncer y terapias alternativas, conceptos antagónicos». 3 de junio de 2015. Espacio Abierto. En línea: <http://psicologiaynutricion.es/?p=985>

8. Ernst E. «Cancer patients who use alternative medicine die sooner». 18 de abril de 2013. *Edzard Ernst* (Blog). En línea: <http://edzardernst.com/2013/04/cancer-patients-who-use-alternative-medicine-die-sooner/>

9. Yun YH1, Lee MK, Park SM, Kim YA, Lee WJ, Lee KS, et al. «Effect of complementary and alternative medicine on the survival and health-related quality of life among terminally ill cancer patients: a prospective cohort study». *Ann Oncol*. 2013 Feb;24(2):489-94. doi: 10.1093/annonc/mds469. Epub 2012 Oct 30.

10. Risberg T, Vickers A, Bremnes RM, Wist EA, Kasa S, Cassileth BR. «Does use of alternative medicine predict survival from cancer?» *Eur J Cancer*. 2003 Feb;39(3):372-7.

11. Basulto J. «¿Existe una dieta para curar el cáncer?» 13 de agosto de 2013. *Consumer*. En línea: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/2013/08/13/217613.php

12. Caccialanza R, Pedrazzoli P, Cereda E, Gavazzi C, Pinto C, Paccagnella A, et al. «Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE)». *J Cancer*. 2016 Jan 1;7(2):131-5.

13. Doherty S. «History of evidence-based medicine. Oranges, chloride of lime and leeches: barriers to teaching old dogs new tricks». *Emerg Med Australas*. 2005;17:314-21

Afirmar, o incluso sugerir, que existe un planteamiento dietético que puede curar el cáncer es falaz, es antiético y, sobre todo, es peligroso.

Creencias pseudocientíficas frente al cáncer, factores de riesgo psicosocial

Tania Estapé, Psicóloga clínica y psicoterapeuta, directora de Psicooncología de la Fundación FE-FOC y docente en las Universidades de Manresa, Oberta de Catalunya Barcelona. www.fefoc.org

Hoy en día, la consideración de *curación* incluye no solo la erradicación de la enfermedad, sino también aspectos de tipo psicosocial que conforman el bienestar del paciente como persona. Hablamos del impacto que tiene esta enfermedad en la vida del sujeto que la padece, en su familia y en entorno social, incluido el personal sanitario que le atiende. Este impacto viene dado por dos factores (Estapé, 2013):

1) La consideración del cáncer como enfermedad tabú.

2) Las repercusiones de la enfermedad cancerosa y de los tratamientos que requiere en la calidad de vida del paciente. Este factor no lo desarrollamos aquí, pues es un tema no central en el desarrollo que pretendemos. No obstante, de forma tangencial tiene una influencia clara en la tendencia de los pacientes a decidirse por terapias no probadas. La ansiedad generada por la incertidumbre o la desesperación de algunos enfermos es la puerta de entrada a terapias peligrosas.

Sobre el cáncer como tabú se refiere a la persistencia de miedos y temores en la población que se prolongan aún en nuestros días. Vienen de cuando los pacientes, curables o no, recibían tratamientos con efectos secundarios muy adversos, que, además, solían dejar secuelas físicas o estéticas. Las fases terminales de los enfermos no curables solían ser largas, dolorosas y llenas de sufrimiento. Todo ello está en la base de ese equivalente cáncer=muerte que todavía hoy perdura en el sentir de la población (Estapé, 2013; Holland et al., 2010).

El tabú del cáncer es tal que está rodeado de una serie de creencias erróneas que comportan determinadas actitudes y conductas. Una de estas creencias es el considerarla una enfermedad contagiosa, atribuir la enfermedad a un castigo divino —lo que a veces subyace a frases que el propio paciente puede ex-

presar, como «no me lo merezco», «por qué yo...»—. Esto tiene sus repercusiones a nivel psicológico. También hay toda una serie de confusiones respecto a la causa y curación de la enfermedad, rodeada aún en el siglo XXI de actitudes mágicas y curanderismo. El broche de oro que cierra este aspecto más social de la enfermedad es el continuado uso de la palabra *cáncer* como adjetivo peyorativo, muestra de la equivalencia cognitiva de la población sobre el cáncer como algo horrible (Burton y Watson, 1998; Estapé y Estapé, 2013).

La relación del cáncer con la muerte y el sufrimiento hace que sea una enfermedad especialmente temida. El ser humano no tiene explicación para su causa y a menudo esto puede llevarle a inventarla. La incertidumbre que provoca el diagnóstico de cáncer se traduce fácilmente en ansiedad y desesperación, sobre todo en casos sin curación. Por otro lado, numerosos estudios muestran las barreras de comunicación con el médico al hablar del uso de terapias alternativas. En algunos estudios hemos constatado cómo los pacientes, aunque han decidido probar terapias no basadas en la evidencia, no se han atrevido a contarlo a su oncólogo (Estapé et al., 2015). Ello nos lleva a enlazar con un aspecto primordial, que es la comunicación con el médico. Los estudios muestran que la capacidad comunicativa del médico puede inducir a aceptar un tratamiento; inversamente, una falta de habilidades comunicativas induce a incertidumbre y a incrementar la ansiedad por parte de los pacientes y familiares. Estos buscan alternativas que se salen del circuito oficial y que, además, están bien dispuestas a dedicar mucho tiempo y afecto al enfermo. En absoluto es nuestra intención señalar al médico como culpable, ni siquiera causante, de la búsqueda de tratamientos milagro; pero hay que analizar las cosas desde diversos puntos de vista: la falta de tiempo, la presión asistencial y a veces la falta de formación en habilidades comunicativas son factores señalados como relacionados con la búsqueda de alternativas por parte de los pacientes. Algunos autores señalan que los médicos (como es lógico) sienten incomodi-

Es necesario incorporar en nuestro trabajo cotidiano recursos que nos ayuden a no enfrentarnos con pacientes firmemente convencidos de su elección.



(foto: www.flickr.com/photos/arselectronica/)

dad ante estos temas y rechazo a la hora de responder a preguntas relacionadas. En determinados sujetos, lo que hace es enrocarlos más en su posición (Schofield et al., 2010).

Creemos que hoy en día hay una crisis muy importante de lo establecido, y la industria farmacéutica es uno de estos valores en cuestionamiento. A menudo la población confunde la gestión económica de estas empresas con el respaldo científico debido al ensayo clínico, lo que promueve la huida hacia otras opciones nada recomendables, pero que se venden como las verdaderas por estar fuera del «sistema».

Para acabar, tenemos que incluir un riesgo muy importante, fruto de un recurso muy positivo. Nos referimos a la navegación por internet. Esta es una opción muy interesante. Una de las consultas más frecuentes por internet tiene que ver con el binomio salud/enfermedad. Y dentro del mismo, sin duda una de las enfermedades más introducidas en los buscadores es el cáncer. Asimismo se calcula que alrededor de un 60 % de pacientes usa internet para buscar información sobre su enfermedad o el tratamiento (Bylun & Gueguen, 2010). Este hecho, que puede ser considerado positivo, ofrece su cara oscura por la falta de discriminación de los resultados obtenidos y por la facilidad que ha ofrecido a curanderos y charlatanes de ampliar sus redes sin prácticamente coste alguno. Hoy día una web o un grupo de intercambio

de información pueden pasar por «serios» si no se mira con tiento el contenido. Aunque hay muchos intentos de generar guías de buenas prácticas, la verdad es que es difícil diferenciar. Retomando el factor anterior, veremos que a veces algunos profesionales son reacios a que sus pacientes les lleven información de internet. Creemos que la red es un mundo paralelo al nuestro, por lo que hay que aceptar que está aquí y usarlo en nuestro favor (Estapé et al., 2014).

Como conclusiones, diremos que el uso de terapias peligrosas es un hecho en Oncología y que es necesario un análisis profundo de la situación. Hay diversos factores explicativos y debemos ser cautelosos y autocríticos con ello. El diálogo seguramente está siendo a niveles diferentes y está claro que el uso de cifras y datos no nos sirve para promover cambios que tienen que ver con aspectos emocionales. Es necesario incorporar en nuestro trabajo cotidiano recursos que nos ayuden a no enfrentarnos con pacientes firmemente convencidos de su elección.

Referencias:

- Burton, M., & Watson, M. (1998). *Counseling people with cancer* (1st. ed.). Chichester, England: John Wiley & sons.
- Bylun, C.L., Gueguen, J.A. «The effect of internet use on the doctor-cancer patient relationship», Kissane, D. (Ed.). (2011). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford University Press.
- Cella, D. F., Tulskey, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn,

E., Bonomi, A., ... & Brannon, J. (1993). «The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure». *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.

Etapé, T. (2004). *Estudio de la evolución de la calidad de vida en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama*, tesis doctoral.

Etapé, T. (2013). «Supportive treatment and palliative care». *Internal Medicine*, 118, 1173-1176. (Farreras-Rozman, Ed.) Barcelona, Barcelona, Spain: Elsevier.

Etapé, T., & Estapé, J. (1993). *Oncología y cuidados paliativos. Controversias en Oncología*. Barcelona: Doyma.

Etapé, J., & Estapé, T. (2013). *703 preguntas, 703 respuestas: La odisea del cáncer de mama* (1ª ed.). Terrassa (Barcelona): Momentum.

Etapé, T., Estapé, J., Soria-Pastor, S., & Díez, A. (2014). «Uso de internet para evaluar el distrés psicológico en pacientes con cáncer de mama». *Psicooncología*, 11(2-3), 271-283.

Etapé, T., Estapé, T., Valverde, E. (2016) «Psychological aspects in prostate cancer patients. Abstracts». *Psycho-Oncology*, 25: 3-195. doi: 10.1002/pon.4272.

Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB. (2010), *Psychooncology* (2nd ed). New York: Oxford University Press.

Osoba, D., Zee, B., Pater, J., Warr, D., Latreille, J., & Kaizer, L. (1997). «Determinants of postchemotherapy nausea and vomiting in patients with cancer. Quality of Life and Symptom Control Committees of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group». *Journal of Clinical Oncology*, 15(1), 116-123.

Schofield, P., Diggins, J., Hegarty, S., Charleson, C., Marigliani, R., Nehill, C. Jefford, M. Kissane, D. (Ed.). (2011). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford University Press.

Watson, M., & Kissane, D. W. (Eds.). (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. John Wiley & Sons.

4. BLOQUE DE PSICOLOGÍA/PSIQUIATRÍA

<https://youtu.be/JAOLnraLGc>

Moderador: Juan A. Rodríguez

Terapias pseudocientíficas en psicología y su dificultad para distinguirlas

Eparquío Delgado, psicólogo general sanitario.
www.eparquiodelgado.com

Uno de los hitos más importantes en la medicina del siglo XX ha sido la aparición de la llamada Medicina Basada en la Evidencia (MBE, que más bien debería llamarse Medicina Basada en las Pruebas). Los profesionales necesitaban establecer un criterio para determinar qué terapias son realmente eficaces y diferenciarlas de aquellas que no lo son, aunque en ocasiones los pacientes puedan percibir lo contrario. La propuesta de la MBE ha sido utilizada por otras disciplinas, dando lugar a la Psicología Basada en la Evidencia (PBE), la Fisioterapia basada en la Evidencia, etc.

La PBE parece un buen criterio para comenzar a diferenciar aquellas terapias psicológicas eficaces de

aquellas que no lo son, y su uso ha permitido tanto a los profesionales como a los pacientes una indicación para elegir qué procedimientos utilizar a la hora de resolver los problemas psicológicos. Sin embargo, las propias características de las terapias psicológicas hacen que los procedimientos para establecer su efectividad sean diferentes a los que se utilizan en medicina, especialmente cuando hablamos de terapias farmacológicas. Cuando hacemos terapia psicológica no podemos utilizar una «intervención placebo» en la mayoría de los casos, ya que la terapia psicológica es fundamentalmente una interacción entre el paciente y el profesional. Esto supone una limitación importante para determinar qué elementos de la intervención son los que realmente resultan eficaces y cuáles no. A pesar de ello, se han establecido métodos para poder determinar la eficacia de estas terapias, y hoy en día contamos con varias publicaciones en las que se resume cuáles son las terapias psicológicas disponibles que han demostrado eficacia.

Pero el problema no acaba de estar resuelto. Los criterios para determinar si una terapia psicológica es eficaz y su concepción de los problemas psicológicos como *trastornos o enfermedades mentales* han sido tomados del modelo biomédico y se apoyan fundamentalmente en la concepción de síntomas a reducir o eliminar. Los investigadores en psicología han utilizado hasta el momento estos criterios de la medicina para poder medirse con las terapias farmacológicas siguiendo sus mismas reglas, con resultados muy favorables para las terapias psicológicas en comparación con las médicas.

Sin embargo, esta forma de concebir los problemas psicológicos y de medir la eficacia de las terapias ha sido puesta en entredicho en los últimos años, y han aparecido nuevas propuestas para ambas cuestiones, que van desde la propuesta de los RDoC del NIMH estadounidense hasta la búsqueda de factores transdiagnósticos en psicología, pasando por la reconsideración de la eficacia de las terapias bajo otros modelos no centrados en el síntoma y el debate sobre «eficacia-efectividad».

Junto a estas circunstancias, es importante tener en cuenta que los criterios de la PBE no son suficientes para establecer la cientificidad de una terapia psicológica. Para ello debemos tener en cuenta cómo concibe los fenómenos psicológicos y su explicación de la mejora terapéutica, ya sea considerada como reducción de síntomas o de otra manera. Podemos encontrarnos con terapias psicológicas eficaces cuyas concepciones de lo psicológico y de los cambios en determinadas respuestas pueden ser completamente pseudocientíficas a pesar de que podrían resultar eficaces o efectivas.

Todo esto hace que sea especialmente difícil tener

un criterio de demarcación que nos sirva para diferenciar las terapias psicológicas eficaces de las que no lo son y aquellas que pueden ser consideradas científicas de las que consideraríamos como pseudocientíficas.

Antipsiquiatría, «cuñaos» y pseudociencia

Daniel Orts, médico y divulgador científico sobre salud mental, neurociencia y medicina.

La psiquiatría es una especialidad médica con siglos de evolución, puesto que la enfermedad mental como resultado de las deficiencias cerebrales es consustancial al ser humano. Sin embargo, no es hasta principios del siglo XX cuando se integra de forma sólida en el cuerpo científico de la Medicina Basada en la Evidencia, y como doctrina científica, resulta una disciplina joven y no exenta de errores y aspectos por mejorar.

Las terapias pseudocientíficas, en su afán por aprovecharse de las carencias del sistema y lucrarse de los pacientes más vulnerables, utilizan los defectos de la psiquiatría para vender numerosos remedios contra diversas patologías que los profesionales clínicos encuentran difíciles de manejar, como la ansiedad, el insomnio o los trastornos del estado del ánimo. Gracias a clásicos y trasnochados argumentos del estilo «los psiquiatras solo saben arreglar los problemas con pastillas» o «la industria farmacéutica se inventa enfermedades para luego vender la cura», muchos charlatanes han erigido todo un movimiento contracultural llamado *Antipsiquiatría*, que pretende desmontar y exponer la falsedad de una especialidad médica con la misma validez y evidencia científica que cualquier otra. Pero a pesar de su extraña ambición negacionista, existen numerosos argumentos que se esgrimen con una sofisticada lógica y unos razonamientos certeros. En consonancia con el viejo refrán de «ten a tus amigos cerca, pero a tus enemigos aún más cerca», esta charla analiza las grandes críticas que los charlatanes empuñan contra la Psiquiatría,

para así aprender de ellas, reforzar y mejorar los fundamentos científicos de esta especialidad.

Electrosensibilidad, radiestesia y otras chorradas **Víctor Pascual, ingeniero técnico en telecomunicaciones.**

El zahorismo es una antigua pseudociencia que se aplicaba para encontrar pozos de agua. El zahorí, sabiendo que cuanto más caves, más probable es que encuentres agua, engañaba a los agricultores diciéndoles que era capaz de encontrar agua usando una rama o un péndulo. Según ellos, son capaces de encontrar agua, petróleo y minerales debido a los campos electromagnéticos y energéticos que emiten. Ante el suculento negocio de la salud, empezaron a practicar la pseudomedicina aplicando las mismas técnicas que usaban para encontrar agua. El zahorí ha evolucionado, ha inventado lo que se conoce como *geobiología* —no confundir con el campo científico interdisciplinario—, y vende productos y servicios para protegerse de las ondas electromagnéticas y que la vivienda absorba las energías «naturales»: un nuevo engaño que mezcla el zahorismo y el *feng shui* con tintes científicas y un nicho de consumidores con un alto miedo a los campos electromagnéticos (CEM). La *geobiología* es una de las principales promotoras del miedo a los CEM y, debido a ello, de un alto número de personas que sufren electrosensibilidad. Porque recordemos que la electrosensibilidad no tiene que ver con la exposición a los campos electromagnéticos, sino con la percepción del paciente del posible daño que le estén causando.

Irradiando miedo

Alberto Nájera, Profesor de Radiología y Medicina Física de la Univ. de Castilla-La Mancha.

En las últimas décadas, el desarrollo de la Sociedad de la Información y el incremento de las comunicaciones inalámbricas han conllevado un aumento de la preocupación de la población ante fuentes de radiación electromagnética de radiofrecuencia como

Podemos encontrarnos con terapias psicológicas eficaces cuyas concepciones de lo psicológico y de los cambios en determinadas respuestas pueden ser completamente pseudocientíficas.

antenas de telefonía móvil, wifi, Bluetooth, etc. En primer lugar debemos conocer el espectro electromagnético y los diferentes tipos de radiación electromagnética a los que estamos sometidos en nuestro día a día, clasificándolos por su frecuencia/energía. Asimismo se debe entender cómo afecta a la exposición que recibimos, algunas características de la radiación como la intensidad de la señal, la distancia o el tiempo de exposición. En la última década, son numerosos los estudios que han determinado el nivel de exposición de la población a estos campos electromagnéticos, encontrándose en todos los casos que los niveles son muy inferiores a los límites que la Agencia Internacional para la protección ante radiación no ionizante (ICNIRP) recomienda, siendo estos valores de entre 10.000 y 100.000 veces inferiores a estos límites a los cuales sabemos que podrían producirse efectos térmicos. Además, todos los estudios realizados que buscaban una relación entre antenas de telefonía móvil y salud, en particular especialmente cáncer, han concluido que a las intensidades habituales es prácticamente imposible que exista una relación.

No obstante, y a pesar de lo que dice la ciencia, se ha desarrollado todo un negocio de empresas, fundaciones y supuestos especialistas que han hecho del desconocimiento y, sobre todo, del miedo, su *modus vivendi*. Así, es fácil encontrar «profesionales» que diagnosticarán enfermedades como la hipersensibilidad electromagnética, achacándola a la presencia de estos campos no ionizantes (y a pesar de que la Organización Mundial de la Salud ha indicado que se trata de un trastorno psicosomático en el que los afectados achacan sus dolores a un agente que realmente no les hace ningún mal). Otros «especialistas» lucharán en los tribunales para que esta enfermedad inexistente sea causa de invalidez permanente, o nos venderán ropa, medidores, pintura o cortinas para protegernos de un agente que, según ellos, pone en claro riesgo nuestra salud. Pero como ocurre con los charlatanes, es fácil desmontar sus mentiras, que en general usan un lenguaje pseudocientífico, y dejar en

evidencia sus intenciones destacando lo ridículo de los productos que ofrecen y denunciando el daño que hacen sobre quienes creen en su charlatanería y caen en sus garras, pues en la mayor parte de los casos no son más que vulgares estafadores buscando una víctima, a poder ser enferma, para aprovecharse miserablemente de su debilidad.

Sectas 2.0. El origen emocional de la enfermedad **María Fernández Muñoz, estudiante de fisioterapia y miembro de RedUNE.**

Como introducción, se definirán dos conceptos: el primero, el de *méthodes psychologisantes*, empleado por la Miviludes (Misión Interministerial de Vigilancia y Lucha contra las Derivas Sectarias, Gobierno de Francia)¹, resumible en tres premisas:

- Culpabilizar al paciente de su enfermedad o malestar.
- La angustia causada por la enfermedad.
- La búsqueda del bienestar frente a una sociedad individualista y materialista.

El segundo, el de *grupo de manipulación psicológica* (West y Langone, Congreso de Wingspread, Wisconsin, 1985)² según los cuales, un grupo de manipulación psicológica es aquel

grupo o movimiento que exhibe una gran o excesiva devoción/dedicación hacia una persona, idea y objeto y que, mediante el uso de técnicas de persuasión coercitiva busca perseguir unos fines que benefician a los líderes del grupo en detrimento de los fines de sus miembros, familias y entorno en el que se mueven.

Este resumen incluye tres movimientos o prácticas que encajarían con la definición de *méthodes psychologisantes*, por ser los que cuentan con mayor difusión en España:

1. *Germanische Heilkunde* (Nueva Medicina Germánica, NMG). Se basa en varias «leyes», la más importante de las cuales es la llamada «Ley de hierro»: Las enfermedades graves se originan por un acontecimiento interno e inesperado, un «conflicto biológico» que desencadena un foco de actividad en

En la Antipsiquiatría existen numerosos argumentos que se esgrimen con una sofisticada lógica y unos razonamientos certeros.



(foto: pxhere.com/en/photo/626294, CC0 Public Domain)

el cerebro detectable en un escáner en forma de circunferencias concéntricas («focos de Hamer»). Ryke Geerd Hamer, especialista en Medicina Interna, pierde la licencia para ejercer la medicina en 1986. En Alemania, es condenado a 19 meses de prisión por la muerte de tres pacientes de cáncer. En 2001 será condenado en Francia a otros 18 meses de prisión por la muerte de tres enfermos de cáncer. En 2007 huye a Noruega.

2. *Biodescodificación* (Descodificación Biológica Original). Una de las ramificaciones de la NMG, creada por Claude Sabbah, médico. Integrando diversas pseudociencias, con ideas propias, define la *Biología Total*. Fue suspendido de la profesión en Francia en 2007 por la muerte de un paciente con cáncer. En noviembre de 2015 fue condenado a dos meses de cárcel y a una cuantiosa multa por publicidad engañosa, de nuevo por la muerte de un paciente con cáncer.

3. *Bioneuroemoción* (BNE). La Bioneuroemoción es una marca comercial, registrada por el psicólogo Enric Corbera para ejercer una práctica similar a la Biodescodificación, lo que le ha supuesto una demanda por plagio. La BNE constituye una amalgama de pseudoterapias, entre ellas la Nueva Medicina Germánica, la Biodescodificación, el libro *Un*

curso de milagros, la Programación Neurolingüística (PNL), las Constelaciones Familiares y la Hipnosis Ericksoniana. También incluye herramientas y conocimientos que son considerados válidos, pero con una visión y una práctica totalmente distorsionadas. Un somero análisis de sus principales premisas de «ciencia de vanguardia», deja patentes sus graves carencias haciendo uso de simples conocimientos de Bachillerato.

Como conclusión, se propone monitorizar estrechamente a aquellas organizaciones que pudieran estar empleándose como tapaderas de las prácticas descritas, de acuerdo con el Art. 515.2 del Código Penal: «Son punibles las asociaciones ilícitas, teniendo tal consideración: Las que, aun teniendo por objeto un fin lícito, empleen medios violentos o de alteración o control de la personalidad para su consecución».

Referencias:

1. www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-quune-dérive-sectaire/ou-la-déceler/les-dérives-sectaires-dans-le-domaine-de-la-santé/quell
2. Almendros, Carmen; Gámez-Guadix, Manuel; Carrolles, José Antonio; Rodríguez-Carballeira, Álvaro (2001) «Abuso psicológico en grupos manipuladores». *Psicología Conductual*, 1: 157-182