

REFLEXIONES NERVIOSAS

La importancia de la ropa: (I). Pacientes y médicos.

La época navideña y los meses de enero y febrero, con sus rebajas, son épocas que alientan el consumismo, momentos en que se disparan las compras, en que todos los ciudadanos tienen un punto de oniomanía, ese término (*onios* = “en venta”; *mania* = locura) con el que se denomina al deseo compulsivo de comprar. En inglés también se le ha llamado “adicción a las compras” o “shopaholism”, una manera de transmitir la idea de adicción temitiendo al alcoholismo, como se hace con el “workaholism” (adicción al trabajo) o el “chocoholism” (adicción al chocolate). La adicción a la compra, que fue descrita por Bleuler como un “impulso reactivo” o una “locura impulsiva, pasó un tanto de puntillas por el DSM-III-R, como un mero ejemplo de trastorno del control de impulsos no especificado, para desaparecer en el DSM-IV, sin que pueda saberse a ciencia cierta en qué quedará en el DSM-V (1). Hay quien sugiere que la oniomania sigue una distribución normal en la población, de modo que en el extremo de la curva encontraríamos a personas en las que la adicción a las compras es desmedida hasta el punto de merecer la consideración de trastorno mental (2). Según un estudio de Koran y colaboradores (3), la prevalencia en los EEUU podría alcanzar el 5.8%, algo nada desdeñable, desde luego. Si nos atenemos a estudios rigurosos realizados ya hace casi 20 años (4-5), lo que más compran los afectados es ropa.

La ropa, el atavío, tiene múltiples funciones en el ser humano. Desde la más básica de proteger del frío a la bíblica de ocultar la desnudez, pasando por la demostración del rango, la categoría social, la pertenencia a una profe-

sión, condición, clase o casta, o la simple de expresar, supuestamente, las características de la personalidad. En el ámbito de la asistencia sanitaria las implicaciones de la ropa son múltiples, a veces sorprendentes, y afectan tanto a pacientes como a profesionales.

La indumentaria del paciente

La más burda indumentaria asociada a la condición de paciente es la camisa de fuerza, la camisole inventada, según se cuenta, por Monsieur Guilleret, un tapicero de Bicêtre, en 1790. Antecedió, pues, a la fecha en que se supone que los enfermos fueron liberados de sus cadenas por Philippe Pinel, por lo que es posible que facilitara incluso el acontecimiento. Pese a ello, su imagen, obvio es decirlo, es muy negativa y condensa en sí misma la idea de la represión institucional psiquiátrica. A principios del siglo XX, Harry Houdini descubrió las posibilidades de la camisole en el mundo del espectáculo, y diseñó un número en el que se liberaba de una camisa de fuerza ante una asombrada audiencia. Hoy en día posiblemente Houdini sería derrotado por los recordpersons que según recoge el Guinness han demostrado ser los más rápidos del planeta liberándose de las distintas modalidades de camisole. En el ámbito clínico, cabe recordar que en algunas ocasiones la camisa de fuerza se asoció a fallecimientos en pacientes agitados (6), mientras que en algunos pacientes autistas, donde se utilizaba para prevenir autoagresiones, daba la impresión de que tenía un efecto tranquilizante (7) que remite a la “máquina de abrazar” que inventó para sí misma Temple Grandin y que le permitió un control de su cuerpo y de su psiquismo (8).

Desterrada la camisa de fuerza, probablemente sea el pijama la indumentaria que más

rápidamente remite a la condición de enfermo. En 1999, el dr Bourdoncle, un psiquiatra francés, publicó un original estudio tras varios años de estudio de la prenda en las instituciones psiquiátricas (9). Tal y como señala el autor, en su origen el pijama era un “pantalón amplio y suelto que llevan las mujeres en ciertas regiones de la India”, pero el paso del tiempo lo convirtió en una vestimenta esencialmente doméstica y nocturna. Su introducción en el ámbito psiquiátrico le llevó a trascender lo privado para constituirse en un marcador (tal vez un estigma) de afectado por la enfermedad mental. Define Bourdoncle al pijama como una *vestimenta de interior, no adaptada para su uso en la calle, consistente en un pijama o camisón complementados con una bata y un par de zapatillas de casa*. El pijama, como bien señala Bourdoncle, representa para muchos pacientes el paradigma del atentado contra su libertad, al tiempo que para los trabajadores sanitarios supone una consigna ritual del mismo peso y al mismo nivel que las relacionadas con los permisos de visitas y/o paseos.

En un poliédrico estudio, Bourdoncle aborda primero las modalidades de empleo y aplicación del pijama, para continuar con sus funciones institucionales y clínicas. Distingue así nuestro autor aspectos como el origen del pijama (quién lo aporta: el hospital o el propio paciente), su forma (que debería huir de la confusión con el chándal o ropas deportivas para evitar que una fuga pase desapercibida) y las modalidades de aplicación, que podrían resumirse en por las buenas y por las malas (en este último caso, vía persuasión – coacción o meramente por la fuerza). En cuanto a sus funciones institucionales, la más obvia es la prevención de la fuga, aunque para Bourdoncle no está claro que el pijama sea un procedimiento eficiente a este respecto, ya que no son pocos los pacientes que se han ausentado del hospital en

pijama. No es menos valioso para el manejo conductual, que nuestro autor resume de una manera un tanto cínica en la alternativa que se plantea al paciente entre el pijama – palo y la ropa de calle – zanahoria. Tampoco es baladí su relevancia como marcador de pacientes (en lo que el pijama sería una continuación de la camisa de fuerza o de otros medios de contención clásicos). El análisis de su función clínica arranca con una aguda reflexión semántica. La etimología de “clínica” remite al estudio y tratamiento del paciente encamado, con lo que el pijama (ropa de cama) implica el carácter mórbido de los trastornos psiquiátricos y se erige en metonimia del reposo necesario para recuperar la salud. Sentada esta consideración, en lo clínico el pijama tiene una función de contención (marca límites: otra expresión ritualizada), al tiempo que hace más accesible el cuerpo del paciente, permitiendo la medicalización (en el buen sentido de la palabra) de la intervención psiquiátrica. Es también un objeto transicional y ejemplifica la sana regresión, etapa fundamental e imprescindible en el camino a la curación. Asimismo, la discusión entre paciente y psiquiatra sobre la vestimenta que a cada momento se permite al enfermo convierte al pijama en un mediador relacional. Por último, Bourdoncle formula una audaz idea: si el niño se constituye y representa a partir de la experiencia de su superficie corporal, el enfermo ingresado haría lo propio desde el pijama. En paralelo al Yo-Piel (*Moi-Peau*) de Anzieu surge así el concepto idea del Yo-Pijama (*Moi-Pyjama*). Planteado así el estudio del fenómeno, a Bourdoncle no le queda otro remedio que concluir que hace falta una reflexión sobre el pijama: revisar el derecho y el revés, su apertura y su cierre, cómo entrar en él y la mejor manera de salir. De esta manera, hay que reconocerlo, el pijama no es ya una metonimia, sino una perfecta metáfora aplicable a muchas –de-

masiadas- actuaciones sanitarias. Pero eso es otra historia.

Fuera del ámbito hospitalario se ha prestado también atención a la indumentaria “civil” de los pacientes. En 1993, Arnold y sus asociados en Tennessee (10), tras observar que muchos pacientes psiquiátricos se caracterizan por vestir simultáneamente varias piezas de una determinada prenda, estudiaron el diagnóstico de 25 pacientes consecutivos que se presentaron en urgencias llevando prendas repetidas (tres camisas o dos pantalones, por ejemplo). De ellas, 18 estaban diagnosticadas de esquizofrenia, lo que arroja un chi cuadrado fetén, de $< .0001$, que sugiere que esta peculiar forma de vestir, a la que llamaron con el difícilmente traducible término de “*redundant clothing*” es algo poco menos que específico de la esquizofrenia. Para explicar la asociación, los autores proponen tres hipótesis: La más “*pesada*” desde el punto de vista biológico apunta que la en la esquizofrenia podría existir una disfunción sutil del hipotálamo o del sistema vegetativo. A su vez, esta disfunción obligaría a los pacientes a arrojarse en exceso, o tal vez anularía la sensación de calor derivada de llevar tanta prenda encima. La primera posibilidad apuntaría a algo así como una hipersensibilidad al frío; la segunda, a lo que en línea con otros fenómenos observados en la enfermedad, podríamos llamar *asimbolia al calor*. Otra propuesta sería de carácter más bien psicológico. Según Arnold y asociados, las sucesivas capas de ropa, al modo de una armadura, podrían crear una sensación de presión y consistencia que daría a los pacientes seguridad. Finalmente, nuestro grupo invoca la posibilidad de que el hecho de que el enfermo se coloque más y más prendas implique una disfunción neuropsicológica, en forma de apraxia o de una afectación cognitiva más amplia.

En 1999, Eric Altschuler, en una carta publicada en el *British Medical Journal* (11),

retomó el fenómeno, que denominó “signo de la ropa en capas” (*layered clothing sign*) a propósito nada menos que de la atenta lectura de El Rey Lear. En la Cuarta Escena del Tercer Acto de esta tragedia shakesperiana, Edgard(o), uno de los personajes principales, se hace pasar por un loco de nombre *Poor Tom* (en traducciones españolas, el *Pobre Tomasín*), que se presenta a sí mismo con las siguientes palabras, que quedarán mucho mejor y más entonadas si el lector o lectora las lee en voz alta y con un cierto acento lawrenceoliveriano:

Poor Tom, that eats the swimming frog, the toad, the tadpole, the wallnewt, and the water; that in the fury of his heart, when the foul fiend rages, eats cow dung for sallots, swallows the old rat and the ditch-dog; drinks the green mantle of the standing pool; who is whipped from tithing to tithing, and stock-punish'd, and imprisoned; who hath had three suits to his back and six shirts to his body...

El protagonista de la tragedia padece una demencia, y según algunos estudiosos de la Psicopatología en la obra del Inmortal Bardo de Stratford-upon-Avon, Poor Tom / Pobre Tomasín, padecería una esquizofrenia crónica. De esta manera, concluye Altschuler, en los albores del siglo XVII Shakespeare conocía y fue capaz de describir poéticamente el signo de la ropa en capas.

La indumentaria del médico

La bata tuvo en sus comienzos una función total y cabalmente utilitarista, la de preservar al médico del contacto con diversos fluidos orgánicos. Fueron sus virtudes en este campo las que la pusieron en boga a principios del siglo XIX, cuando comenzó a ponerse nombre e incluso “cara” a todo el cortejo de malignos seres microscópicos productores de enfermedades. Con el paso del tiempo y la mejor higiene general de la

población, la función instrumental de la bata pasó a un segundo plano. Eran los tiempos en que no existía conciencia de que la asepsia de los centros sanitarios estaba produciendo una selección natural de bacterias especialmente agueridas y resistentes, la época en la que aún no se había descubierto la importancia de las infecciones nosocomiales. De esta manera la bata se convirtió en un muy especial distintivo del médico que no se limitaba a ser una especie de uniforme identificador, sino que simbolizaba en su radiante blancura el presunto conocimiento sin límites del galeno, otorgándole un aura de sabiduría y autoridad moral.

Siguió pasando el tiempo y la bata entró en crisis. En su dimensión más material y concreta muchos médicos dejaron de llevarla. En la simbólica, la sociedad en general y los críticos de dentro de la propia profesión empezaron a denostarla por considerarla elitista, presuntuosa y toda una barrera a la comunicación entre médico y paciente. Pero, con esos vaivenes que da la vida, su valor simbólico vuelve a ser reivindicado, bien que con matices, gracias a través de auténticos ritos iniciáticos que van extendiéndose por las facultades de Medicina de los EEUU. En estas ceremonias, los estudiantes recién admitidos proclaman el juramento hipocrático y reciben una bata blanca, equivalente a una túnica de novicio, que simboliza su recepción en la profesión y su compromiso con los valores morales y humanitarios que, como el valor en el servicio militar, clásicamente se suponían existentes en cualquier médico (12).

Pero si en algún ámbito la bata ha despertado resquemores y suspicacia es en el de la Psiquiatría. La bata blanca, impoluta, rígidamente almidonada, es la representación cinematográfica más socorrida del estricto y castroante psiquiatra manicomial, por lo que no es extraño que fuera una de las víctimas de la crisis y el cuestionamiento a que se sometió

a la especialidad en los años 60 del siglo pasado. En este contexto, no es de extrañar que se cuestione si el psiquiatra debe o no llevar bata, en especial en ámbitos medicalizados, como el hospital general. La polémica mereció un triple artículo publicado en 1993 en el General Hospital Psychiatry. En su introducción al debate (*"La bata blanca: Vestirla o no Vestirla"*), Lipsitt (13), director de la publicación, se pregunta si al tiempo que la Psiquiatría se medicaliza, desmedicaliza y remodeliza, el psiquiatra debería ponerse la bata, quitársela y ponérsela de nuevo. En su aportación (*"Ponerse bata"*) Blackwell (14), que considera a la bata un símbolo de saber médico, confiesa que en su caso personal y a pesar de disponer de la prenda no se la pone porque no quiere dar a entender a los pacientes que posee unos conocimientos médicos que hace tiempo que olvidó. Su opinión podría resumirse en que considera que el hábito no hace al monje, pero sí da un aspecto falsamente monacal que puede inducir a error. Por último, desde la perspectiva del psiquiatra de interconsulta, Oken (15) (*"Toga Alba"*) nos recomienda, más o menos, que allá donde fueres haz lo que vieres, ya que aconseja que los psiquiatras de interconsulta vistan la indumentaria que lleven habitualmente sus colegas no psiquiatras. A pesar de tan sesudas aportaciones la pelota queda en el alero, por lo que habrá que sondear preguntar a los pacientes.

Por chocante que parezca, en el mundo anglosajón no son pocos los estudios dedicados a la opinión de usuarios y pacientes acerca del ropaje civil y apariencia externa de los médicos o la necesidad de la bata. Algunos países parecen tener un interés especial en la cuestión. Así, en Australia se publicaron dos estudios sobre tan rebuscada materia en 2001. En el primero de ellos, realizado por Harnett (16), no se consiguió obtener una opinión definida al respecto entre un grupo

de pacientes oncológicos que, sin embargo y curiosamente, preferían ver con bata a los médicos más jóvenes e inexpertos y no a los veteranos, tal vez porque a éstos les suponían un saber derivado de la edad que haría innecesario que portasen una prenda indicativa de conocimientos y capacidad técnica. Como contrapunto, el estudio que Gooden y colaboradores (17) realizaron en diversos servicios médicos y quirúrgicos para llegar a la conclusión de que aunque a la mayoría de los pacientes la cuestión les traía sin cuidado existía una minoría significativa que prefería al médico con bata, ya que de esta manera confiaban más en el galeno y les resultaba más fácil comunicarse con él. Con estos hallazgos, los autores sugerían que el reconocimiento, simbolismo y formalidad que confiere la bata pueden favorecer la comunicación y mejorar la relación médico – paciente, en lugar de representar una barrera, como se temía.

La Pediatría es una especialidad muy preocupada por las repercusiones que el aspecto externo de sus facultativos pueda tener en los pacientes. En 1996, el BMJ navideño (dedicado como siempre a aspectos humanísticos y humorísticos) publicó un estudio de un grupo de pediatras de Birmingham (18) que preguntaron a 203 niños de sus consultas cuál era su opinión acerca de un médico de cada sexo presentado con cinco atuendos diferentes que se reproducen en el artículo. Así, en el caso del varón, los atuendos eran sport, sport con corbata, bata, traje-corbata y lo que podríamos llamar *tiradillo*. El resultado fue que los niños consideraban que los médicos vestidos de manera formal o elegante eran competentes profesionalmente, pero no amistosos, mientras que los vestidos de manera informal les parecían amistosos, pero no competentes. No obstante, otros estudios no han podido demostrar que la bata aleje a los niños del pediatra. Según una investigación

canadiense (19) un 69% de los infantes interrogados preferían que el pediatra llevase bata, lo que descartaba que la toga galénica infunda temor a los niños. Los padres creían que el complemento esencial del facultativo debía ser lo una etiqueta identificativa con el nombre y cargo del profesional, pero colocaban en segundo lugar a la bata (66%). Los progenitores valoraban favorablemente otras características curiosas de los pediatras como tener bigote o barba arreglados. Sin embargo, criticaban las sandalias abiertas, los zuecos o los pantalones cortos, al tiempo que no tenían una opinión definida respecto de los pijamas verdes, o la indumentaria “civil” de los pediatras (vestido vs falda y blusa en las damas, o camisa y corbata en los caballeros). También en los EEUU se han preocupado por la indumentaria del pediatra, como lo demuestra un estudio realizado en un servicio de urgencias de Ohio (20), en el que se demostró que independientemente de otros factores una mayoría minoritaria de los niños prefería ser atendidos por médicos con apariencia formal, y que puestos a elegir cerca de dos tercios descartaba a los médicos con aspecto menos arreglado (sin bata, sin corbata y con zapatillas deportivas). Si la visita a urgencias tenía lugar por la noche, los niños rebajaban su nivel de exigencia y toleraban mejor las indumentarias informales. Asimismo, al unir las preferencias de niños y padres, la preferencia por la bata y la corbata se elevaba hasta un 75% y el rechazo al médico con ropa informal hasta un 84%.

Desde la enfermería también se han realizado estudios acerca de la indumentaria más idónea para tratar con usuarios infantiles. Festini y asociados (21), de Florencia, realizaron lo que denominaron un estudio “cuasiexperimental” en el que observaron que la ansiedad de los niños ingresados era menor si la enfermería vestía diseños multicolores y desenfadados. Resultados análogos obtu-

vo en un medio cultural muy diferente, Irán, el equipo de investigadores capitaneado por Roofhaza (22).

Otros ámbitos de la Sanidad se han interesado también por cuál es el aspecto que idealmente debería tener el facultativo. En el campo de la Atención Primaria, un trabajo relativamente antiguo, Dover (23) observó en una muestra de pacientes de Glasgow que los pacientes preferían que el médico llevara bata, evitase las pegatinas o pins de contenido político y, en el caso de los varones, no llevara el pelo demasiado largo. Todos los pacientes eran más indulgentes con la apariencia de los facultativos en los turnos de guardia, pero en conjunto, los de edad avanzada eran especialmente estrictos a la hora de exigir una presencia formal. También a los dermatólogos los prefieren sus pacientes con bata, pantalón de vestir y etiqueta identificativa. En un estudio de Kanzler y colaboradores (24), la preferencia por el médico “arreglado” era generalizada con independencia del sexo (perdón: género), edad, raza (con perdón) o clase social del paciente encuestado. Y en un estudio con pacientes de diversas consultas de un hospital terciario de Nueva Zelanda, Lill (a la sazón, estudiante de Medicina) y Wilkinson (25) encontraron que los pacientes estaban más cómodos con la imagen clásica y conservadora del médico, aunque apreciaban los atuendos “semi-formales”. La bata sigue siendo apreciada entre una mayoría de los usuarios (26), ya que facilita la identificación del galeno entre la pléyade de trabajadores sanitarios (lo que la corrección político – semántica norteamericana actualmente llama proveedores de cuidados de salud o health care providers). No es de extrañar, en este contexto, que ni médicos ni pacientes encuentren adecuado que el facultativo porte piercings faciales (27). Y como resumen actualizado de esta peliaguda cuestión, Turaga y Bhagavatula resumen

que la ropa profesional es la preferida por los pacientes, que se sienten incómodos si el médico se les presenta trajeado y más aún si va con un atuendo informal (28).

A estas alturas podemos preguntarnos si hay algún estudio específico relacionado con la Psiquiatría. Y la respuesta es que hay varias aportaciones al respecto. Gledhill y colaboradores (29) realizaron una encuesta entre pacientes de hospital psiquiátrico y encontraron que los enfermos preferían que el psiquiatra llevase ropa elegante y bata. Contrariamente a lo que cabría esperar visto el creciente rechazo a la indumentaria clásica de la profesión, los psiquiatras eran de la misma opinión. En este mismo estudio se investigó por aspectos relacionales, y se observó que los pacientes preferían que se les llamara por el nombre de pila (lo que equivaldría al tuteo del castellano) y tratar al psiquiatra con el título de doctor y el apellido (lo que vendría a ser tratarle de Ud.). Entre los psiquiatras había diferencias en función de su status. Los residentes tendían a tutear al paciente, mientras que los consultants o psiquiatras de rango alto lo trataban de Ud. En todo caso, tanto los consultants como los residentes, preferían que el paciente les tratara de Ud. En otras palabras, los psiquiatras y los propios pacientes, preferían seguir manteniendo las distancias, y en particular los residentes eran tan señoritos que aunque trataban de tú al paciente preferían ser tratados de usted.

Aportaciones posteriores han arrojado resultados dispares, con estudios que encontraban una preferencia por una indumentaria menos formal, como el de Rajagopalan et al (30) en Australia. En cambio, otros, como el de Nihalani y asociados (31) en EEUU, observaron que aunque tanto pacientes como psiquiatras consideraban que la apariencia externa era un elemento importante en la relación terapéutica, eran los profesionales quien más en serio se tomaban el asunto. Por

último, los noruegos Nome Eikhom y colaboradores (32) encontraron que los pacientes preferían la indumentaria formal.

Si aceptamos, a grandes rasgos, que el usuario prefiere al médico y al psiquiatra con bata, podríamos pasar a preguntarnos cuáles son los accesorios y contenidos habituales de la prenda. Las doctoras Lynn y Bellini, de Philadelphia, publicaron en 1999 un curioso estudio (33) sobre el contenido de los bolsillos de las batas de los médicos y estudiantes de Medicina que asistieron a una serie de conferencias en un departamento universitario. La metodología empleada fue ciertamente sencilla, ya que tras solicitar a sus 70 probandos (todos, se supone, portadores de bata) que vaciaran el contenido de sus bolsillos, las autoras procedieron a registrar todo lo encontrado sin llevar a cabo, según señalan, un “*análisis estadístico sofisticado*” de sus hallazgos. A juzgar por el listado de objetos encontrados, la principal conclusión a la que puede llegar el lector es que las batas de los participantes en el estudio estaban dotadas de bolsillos descomunales. Otra posibilidad es que además los médicos y estudiantes se hubieran formado en Hogwarts en el arte de guardar en receptáculos pequeños grandes cantidades de objetos. En efecto: Lynn y Bellini encontraron que el 97% llevaba instrumental médico (fonendo y/o martillo de reflejos y/o linterna y/o agujas y/o reglas), un 90%, uno o más manuales de bolsillo, un 83%, notas con tareas a realizar y un 81%, una lista de teléfonos. Nada menos que el 64% llevaba artículos fotocopiados, un 60%, talonarios de recetas, y cerca de la mitad (46%), una PDA. El 40% llevaba una agenda y el 37% encontraba sitio para apuntes de clases o conferencias. Los inevitables protocolos y algoritmos aparecían en el 20% los bolsillos revisados y en un 13% quedaba espacio para fotografías de familiares. Una segunda conclusión es que a mayor experiencia y dignidad pro-

fesional es menor el número de cachivaches que se llevan en los bolsillos. De hecho, el catedrático del departamento llevaba sólo un boli, según nos confían las autoras, quienes aventuran que dentro de unos años las PDA y los buscas reemplazarán al actual contenido en papel.

Para consuelo de quienes no puedan reprimir la envidia por la desmesurada capacidad de los bolsillos de las batas norteamericanas, presentamos un contenido de la batas y el instrumental clínico que todos tenemos a nuestra disposición, a nada que nos lo propongamos. Nos referimos a la mugre o, por ser más científicos, la contaminación bacteriana de lo que podríamos llamar fómites profesionales. El primer trabajo que conocemos al respecto se publicó sospechosamente en el BMJ navideño de 1991, lo que hace pensar que inicialmente se consideraba que la cuestión era poco menos que una curiosidad o una anécdota. En aquel artículo pionero (también se suele decir, a pesar de lo mal que suena, seminal), Wong y asociados (34) examinaron las batas de 100 médicos de diferentes grados y especialidades, y encontraron mugre por doquier, aunque la porquería y la contaminación abundaban especialmente en los puños y los bolsillos. La contaminación se asociaba con el uso prolongado por parte de un mismo médico. Los autores encontraron al perverso *Staphylococcus aureus* en una cuarta parte de las batas analizadas, en especial (y esto es lo más preocupante) en las áreas de cirugía. Al menos, no encontraron bacilos patógenos Gram negativas ni otras bacterias con mala intención.

Años después, Loh y asociados (35) estudiaron la mugre de las batas de un grupo de estudiantes de Medicina, concluyendo que había más posibilidades de encontrar microbios en las mangas y los bolsillos, donde abundaba la flora saprofita, que incluía aquí también al canallesco estafilo. Curiosamente, aunque los estudiantes sabían que una bata

limpia era una garantía contra la contaminación, algunos de ellos metían la prenda en la lavadora sólo de cuando en cuando, por lo que los autores sugieren dos posibles alternativas. Una de ellas sería diseñar batas más sencillas de lavar a mano (es de suponer que para facilitar la tarea a los estudiantes sin acceso a tecnología electrodoméstica) y la otra, que los hospitales clínicos se hagan cargo del lavado de las batas de los estudiantes.

La posibilidad de albergar polizones indeseables no se limita a las batas. Smith y asociados (36) encontraron microbios en los fonendos del 80% de los sanitarios participantes. La tasa se elevaba al 90% en los fonendos de los médicos, lo que deja en un muy mal lugar a la profesión. Un hallazgo particularmente inquietante fue que el germen más común fue de nuevo el *S. Aureus*, con el agravante de que cerca de la mitad de las cepas eran resistentes a la metilicina (en la nomenclatura en inglés, pues, eran MRSA). Pero por si estos hallazgos no fueran suficientemente inquietantes, otro estudio encontró legiones del malvado (y antihigiénico) *Enterococo faecium* en los termómetros electrónicos (37). Por si fuera poco, según un estudio realizado en Austria se pueden aislar ingentes cantidades de microbios en los bolígrafos de los médicos (38).

Toda esta preocupación por la higiene de los atavíos del personal sanitario ha cristalizado en el Reino Unido en una normativa (39) sobre uniformes y ropa de trabajo en la que se plantean normas que algunos (40) consideran extremas y hasta cierto punto meras cortinas de humo, como llevar los antebrazos descubiertos (para evitar la transmisión de los microbios alojados en los puños de la bata o la camisa), cogerse el pelo en una coleta o prescindir de los relojes de pulsera, a pesar de que según algunos estudios, aun conteniendo microbios, no transmiten en sí mismos gérmenes salvo que el portador los

manipule precisamente para quitárselos (41). Además, como bien señalan Henderson y McCracken (42), prescindir del reloj de pulsera impide actuaciones como tomar el pulso con fiabilidad.

Y hasta aquí un repaso general a la ropa de pacientes y médicos. Dejaremos la ropa interior, la zapatería y los complementos para otra ocasión.

Juan Medrano

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) BLACK DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry* 2007;6:14-18 [Texto completo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1805733/pdf/wpa060014.pdf>]
- (2) HOLLANDER E, ALLEN A. Is Compulsive Buying a Real Disorder, and Is It Really Compulsive? *Am J Psychiatry* 2006; 163:1670-2 [Texto completo: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/163/10/1670.pdf>]
- (3) KORAN LM, FABER RJ, ABOUJAOUDE E, LARGE MD, SERPE RT. Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1806-12 [Texto completo: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/163/10/1806.pdf>]
- (4) CHRISTENSON GA, FABER RJ, DE ZWAAN M, RAYMOND NC, SPECKER SM, EKERN MD, ET AL. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5-11 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8294395>].
- (5) SCHLOSSER S, BLACK DW, REPERTINGER S, FREET D. Compulsive buying. Demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 205-12 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8063088>].

- (6) MERCIECA J, BROWN EA. Acute renal failure due to rhabdomyolysis associated with use of a straitjacket in lysergide intoxication. *BMJ* 1984; 288: 1949-50 [Texto completo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1442232/pdf/bmjcred00507-0015.pdf>].
- (7) KINNELL HG. 'Addiction' to a strait jacket: a case report of treatment of self-injurious behaviour in an autistic child. *J Ment Defic Res* 1984; 28 (Pt 1): 77-9 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6716459>].
- (8) GRANDIN T. Pensar con imágenes: mi vida con el autismo. Barcelona: Alba, 2006
- (9) BOURDONCLE F. L'endroit et l'envers du pyjama à l'hôpital psychiatrique. *Inf Psychiatr* 1999; 75: 1037-1042 [Abstract: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1247105>]
- (10) ARNOLD VK, ROSENTHAL TL, DUPONT RT, HILLIARD D. Redundant clothing: a readily observable marker for schizophrenia in the psychiatric emergency room population. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1993; 24: 45-7 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370796?dopt=Abstract>].
- (11) ALTSCHULER E. Shakespeare knew the layered clothing sign of schizophrenia. *BMJ* 1999; 319: 520 [Texto completo en: <http://www.bmj.com/content/319/7208/520.3.full>]
- (12) WEAR D. On white coats and professional development: the formal and the hidden curricula. *Ann Intern Med* 1998; 129: 734-7 [Abstract: <http://www.annals.org/content/129/9/734.abstract>]
- (13) LIPSITT DR. White coat: to wear or not to wear? *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 89
- (14) BLACKWELL. Wearing a white coat. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 90-91
- 15.- OKEN D. Toga Alba. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 92-94
- (16) HARNETT PR. Should doctors wear white coats? *MJA* 2001; 174: 343-344 [Texto completo: http://www.mja.com.au/public/issues/174_07_020401/harnett/harnett.html]
- (17) GOODEN BR, SMITH MJ, TATTERSALL SJ, STOCKLER MR. Hospitalised patients' views on doctors and white coats. *Med J Aust* 2001; 175: 219-22 [Abstract: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11587285].
- (18) BARRETT TG, BOOTH IW. Sartorial eloquence: does it exist in paediatrician - patient relationship? *BMJ* 1994; 309: 1710-1712 [Texto completo: <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/309/6970/1710>]
- (19) MATSUI D, CHO M, RIEDER MJ. Physicians' attire as perceived by young children and their parents: the myth of the white coat syndrome. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14: 198-201 [Abstract: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9655662]
- (20) GONZALEZ DEL REY JA, PAUL RI. Preferences of parents for pediatric emergency physicians' attire. *Pediatr Emerg Care* 1995; 11: 361-4 [Abstract: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8751171].
- (21) FESTINI F, OCCHIPINTI V, COCCO M, BIERMANN K, NERI S, GIANNINI C, GALICI V, DE MARTINO M, CAPRILLI S. Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *J Clin Nurs* 2009; 18: 1018-26 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19284436>].
- (22) ROOHAFZA H, PIRNIA A, SADEGHI M, TOGHIANIFAR N, TALAEI M, ASHRAFI M. Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *J Clin Nurs* 2009; 18: 1953-9 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638053>].
- (23) DOVER S. Glasgow patients' attitude to doctors' dress and appearance. *Health Bull (Edinb)*. 1991; 49: 293-6 [Abstract: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=1765477].
- (24) KANZLER MH, GORSULOWSKY DC. Patients' attitudes regarding physical character-

ristics of medical care providers in dermatologic practices. *Arch Dermatol* 2002; 138: 463-6 [Texto completo: <http://archderm.ama-assn.org/cgi/content/full/138/4/463>].

(25) LILL MM, WILKINSON LJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctor's appearance and mode of address. *BMJ* 2005; 331: 1524-7 [Texto completo: <http://www.bmj.com/content/331/7531/1524.full>]

(26) DOUSE J, DERRETT-SMITH E, DHEDA K, DILWORTH JP. Should doctors wear white coats? *Postgrad Med J* 2004; 80: 284-6 [Texto completo: <http://pmj.bmj.com/content/80/943/284.full>].

(27) NEWMAN AW, WRIGHT SW, WRENN KD, BERNARD A. Should physicians have facial piercings? *J Gen Intern Med* 2005; 20: 213-8 [Texto completo: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490068/pdf/jgi_40172.pdf]

(28) TIRAGA KK, BHAGAVATULA G. What should doctors wear? *BMJ* 2008; 337: 762 [Texto completo: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a938.full?sid=02241567-c248-4984-be4d-abe16a63dec>]

(29) GLEDHILL JA, WARNER JP, KING M. Psychiatrists and their patients: views on forms of dress and address. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 228-32 [Abstract: <http://bjprcpsych.org/cgi/content/abstract/171/3/228>]

(30) RAJAGOPALAN M, SANTILLI M, POWELL D, MURPHY M, O'BRIEN M, MURPHY J. Mental health professionals' attire. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 880-3 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10084354>].

(31) NIHALANI ND, KUNWAR A, STALLER J, LAMBERTI JS. How should psychiatrists dress? -a survey. *Community Ment Health J* 2006; 42: 291-302 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532379>]

(32) NOME EIKHOM M, TORSÆTER M, WIK G. Psychiatric patients: views on psychiatrists' dress and address. *Nord J Psychiatry* 2006; 60: 270-4 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16923634>]

(33) LYNN LL, BELLINI LM. Portable

Knowledge: A Look Inside White Coat Pockets. *Ann Intern Med* 1999; 130: 247 - 250 [Extracto: <http://www.annals.org/content/130/3/247.extract>].

(34) WONG D, NYE K, HOLLIS P. Microbial flora on doctors' white coats. *BMJ* 1991; 303: 1602-4 [Texto completo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1676235/pdf/bmj00158-0046.pdf>].

(35) LOH W, NG VV, HOLTON J. Bacterial flora on the white coats of medical students. *J Hosp Infect* 2000; 45: 65-8 [Abstract: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10833346].

(36) SMITH MA, MATHEWSON JJ, ULERT IA, SCERPELLA EG, ERICSSON CD. Contaminated stethoscopes revisited. *Arch Intern Med* 1996; 156: 82-4 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8526701?dopt=Abstract>].

(37) LIVORNESE LL JR, DIAS S, SAMEL C ET AL. Hospital-acquired infection with vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* transmitted by electronic thermometers. *Ann Intern Med* 1992; 117: 112-6 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1605425?dopt=Abstract>].

(38) DATZ C, JUNGWIRTH A, DUSCH H, GALVAN G, WEIGER T. What's on doctors' ball point pens? *Lancet* 1997; 350: 1824.

(39) JACOB G. DEPARTMENT OF HEALTH. Guidelines: Uniforms and workwear: an evidence base for developing local policy. 2007 [Texto completo: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078433]

(40) DANCER SJ. Pants, policies and paranoia... *J Hosp Infect* 2010; 74: 10-5.

(41) JEANS AR, MOORE J, NICOL C, BATES C, READ RC. Wristwatch use and hospital-acquired infection. *J Hosp Infect* 2010; 74: 16-21 [Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19751955>].

(42) HENDERSON J, MCCracken S. Bare below the elbows: Clinical value of a wristwatch. *BMJ*. 2008; 336: 10.