

Dr. JOHN E. SARNO

La Mente Dividida

La epidemia de los trastornos psicósomáticos

Este libro contiene informaciones y recomendaciones relacionadas con el cuidado de la salud. No pretende reemplazar los consejos médicos y debe ser usado para complementar y no para sustituir la atención médica regular. Se recomienda que consulte con su médico antes de iniciar cualquier programa o tratamiento. Se han realizado los mayores esfuerzos para garantizar la veracidad de la información contenida en este libro hasta la fecha de su publicación. El editor y el autor no se hacen responsables por cualquier resultado médico que pueda producirse al aplicar los métodos recomendados en este libro.

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma ni por cualquier medio sin el consentimiento por escrito del editor, excepto en el caso de citas breves usadas en reseñas y críticas literarias.

Título original: THE DIVIDED MIND
Traducido del inglés por José Vergara Varas
Diseño de portada: Editorial Sirio, S.A.

© de la edición original

2006, John E. Sarno

© de la presente edición

EDITORIAL SIRIO, S.A.

C/ Rosa de los Vientos, 64

Pol. Ind. El Viso

29006-Málaga

España

www.editorialsirio.com

sirio@editorialsirio.com

I.S.B.N.: 978-84-18531-15-6

Puedes seguirnos en [Facebook](#) , [Twitter](#) , [YouTube](#) e [Instagram](#) .

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Contenido

[Cubierta](#)

[Créditos](#)

[Introducción](#)

[¿Qué es la medicina psicosomática?](#)

[Los trastornos psicosomáticos](#)

[Por qué el SMT es doloroso](#)

[Tres epidemias mente-cuerpo](#)

[1. Los síndromes de dolor crónico: una plaga moderna](#)

[2. La fibromialgia](#)

[3. El síndrome del túnel carpiano](#)

[Otros trastornos mediados por el sistema autónomo-péptido](#)

[Los síndromes mente-cuerpo gastrointestinales](#)

[La cefalea tensional y el dolor de cabeza](#)

[Síndromes mente-cuerpo genitourinarios](#)

[El tinitus y el vértigo](#)

[Trastornos atribuidos a la actividad del sistema inmune-péptido](#)

[Trastornos producidos por el sistema neuroendocrino-péptido](#)

[El estado actual de la medicina mente-cuerpo](#)

[Por qué la mayoría de la gente no puede aceptar la idea de los trastornos mente-cuerpo](#)

[Por qué la profesión médica ignora las teorías mente-cuerpo](#)

[La psiquiatría y la medicina psicosomática](#)

[Emmy von N y Elisabeth von R](#)

[Una breve historia de la medicina psicosomática](#)

[Charcot](#)

[Breuer y Freud](#)

[La mente consciente y la mente inconsciente](#)

[Freud](#)

[La evolución y el id](#)

[El narcisismo, la rabia narcisista y la inferioridad](#)

[La evolución, el ego y el superego](#)

[La ansiedad y la represión](#)

[La agresión y el autocastigo](#)

[Adler](#)

[Alexander](#)

[El síndrome de fatiga crónica](#)

[La migraña y la hipertensión](#)

[Artritis reumatoide](#)

[Walters](#)

[La psicología de los trastornos psicosomáticos](#)

[El dolor y la represión](#)

[Emociones generadas en la infancia, la niñez y la adolescencia](#)

[Presiones autoimpuestas: lo perfecto y lo bueno](#)

[El niño-primitivo](#)
[Las presiones de la vida](#)
[El síndrome 11 de septiembre](#)
[La idea de los sentimientos inconscientes](#)
[El imperativo del síntoma](#)
[Una tríada psicósomática](#)
[Tratamiento](#)
[El programa](#)
[La charla básica](#)
[Programa de estudio diario](#)
[Reuniones de grupo](#)
[Por qué es curativo el conocimiento](#)
[La psicoterapia](#)
[Psicoterapia dinámica de corto plazo](#)
[Consulta/evaluación](#)
[Psicoterapia de grupo de corto plazo](#)
[La terapia individual](#)
[El caso de Abner](#)
[El caso de Hiroku](#)
[El caso de Liam](#)
[Un estudio de resultados](#)
[La hipertensión y la conexión mente-cuerpo: un nuevo paradigma Doctor Samuel J. Mann](#)
[La hipertensión y la conexión mente-cuerpo: un nuevo paradigma](#)
[El nuevo y el viejo paradigma](#)
[El viejo paradigma](#)
[Lo que muestran los estudios](#)
[¿Causa hipertensión el estrés en el trabajo?](#)
[¿Sirven las técnicas de control del estrés para aliviar o prevenir la hipertensión?](#)
[Las preocupaciones y la elevación de la presión sanguínea: alejándose del viejo paradigma](#)
[El nuevo paradigma](#)
[La represión](#)
[La represión que lleva a la hipertensión](#)
[La represión relacionada con un grave abuso o trauma](#)
[La represión como forma de lidiar con el estrés del día a día](#)
[Desarrollan hipertensión todas las personas represoras?](#)
[Existen pistas para identificar a las personas cuya hipertensión está vinculada a las emociones reprimidas?](#)
[Historia personal](#)
[Una historia de abusos o traumas graves, sobre todo durante la infancia](#)
[La convicción de que el grave trauma anterior no deja secuelas](#)
[Un temperamento muy equilibrado, una persona que nunca está deprimida](#)
[Pauta de la hipertensión](#)
[Hipertensión severa](#)
[Hipertensión resistente](#)
[Hipertensión de inicio repentino e inexplicable](#)
[Hipertensión episódica](#)

[Consecuencias del nuevo paradigma para el tratamiento](#)
[Principios del tratamiento con el nuevo paradigma](#)
[Tratamiento no farmacológico o hipertensión neurogénica: ¿Existe un papel para la psicoterapia?](#)
[Terapia farmacológica de la hipertensión de origen psicológico](#)
[Los mecanismos de la hipertensión esencial y la relación con la elección de la terapia farmacológica](#)
[Volumen de sangre](#)
[El sistema renina-angiotensina \(SRA\)](#)
[El sistema nervioso simpático](#)
[Mecanismos fisiológicos: cómo la represión causa hipertensión](#)
[El tratamiento farmacológico de la hipertensión de origen psicológico](#)
[Hipertensión lábil](#)
[Hay que evitar las dosis excesivas de fármacos que tienen pocas probabilidades de funcionar](#)
[El control de la hipertensión episódica](#)
[Resumen](#)
[Mi experiencia con el síndrome de miositis tensional Doctor Ira Rashbaum](#)
[Mi experiencia con el síndrome de miositis tensional](#)
[Un asunto familiar](#)
[El tratamiento del paciente con SMT de edad avanzada](#)
[Mi experiencia con la fibromialgia](#)
[La historia del señor R](#)
[Observaciones y adaptaciones en mi protocolo de tratamiento](#)
[Mi experiencia con la comunidad judía ortodoxa](#)
[El dolor de decir que no \(en especial si eres una persona excesivamente complaciente con los demás\)](#)
[La historia de Marty Glickman](#)
[Conclusión](#)
[La experiencia de una reumatóloga con los trastornos psisosomáticos Doctora Andrea Leonard-Segal](#)
[Qué es lo que los pacientes con estos trastornos tienen en común?](#)
[Cómo debería la comunidad médica determinar la eficacia de un tratamiento?](#)
[Qué nos dice un examen general de la literatura médica acerca de los tratamientos para el dolor lumbar?](#)
[¿Qué nos dice un examen general de la literatura médica acerca de los tratamientos del síndrome del túnel carpiano?](#)
[¿Qué nos dice un examen general de la literatura médica acerca de los tratamientos de la fibromialgia?](#)
[¿Qué nos dice un examen general de la literatura médica acerca del uso del ultrasonido en los tratamientos para los trastornos musculoesqueléticos?](#)
[¿Qué podemos aprender de estos exámenes generales de la literatura médica?](#)
[Observaciones adicionales sobre la literatura médica](#)
[¿Cómo podemos estudiar un síndrome de base psicológica?](#)
[¿Cómo es el hecho de tratar a los pacientes con SMT?](#)
[Mi perspectiva acerca de la medicina psisosomática Doctor James R. Rochelle](#)
[La desilusión con el «dolor crónico»](#)
[La gestión del dolor](#)

[¿Qué es lo que falta?](#)

[El historial social](#)

[El examen físico: zonas sensibles](#)

[Un diagnóstico](#)

[La aplicación del SMT en mi práctica médica](#)

[Caso de estudio: el rechazo del diagnóstico](#)

[La charla](#)

[Caso de estudio: se recomienda psicoterapia](#)

[Casos de estudio](#)

[Síndrome del túnel carpiano](#)

[La fibromialgia](#)

[¿Dolor estructural o dolor psicossomático? Doctor Douglas Hoffman](#)

[Dolor estructural o dolor psicossomático?](#)

[El papel de los factores desencadenantes en el proceso psicossomático](#)

[Las dolorosas emociones inconscientes impulsan el proceso psicossomático](#)

[Cómo puede uno distinguir entre un trastorno estructural y un trastorno psicossomático?](#)

[Reflexiones sobre el tratamiento de los trastornos psicossomáticos](#)

[Reflexiones finales](#)

[La experiencia de un médico de familia con la medicina psicossomática Doctor Marc Sopher](#)

[La práctica familiar](#)

[Dando a conocer a los pacientes el SMT](#)

[Estrategias del tratamiento para el SMT](#)

[Haz una lista](#)

[Reflexiona](#)

[Deshazte de tus dispositivos ortopédicos y de tus medicamentos](#)

[Vigilancia continua](#)

[Reanuda tus actividades](#)

[Algunos casos](#)

[Reflexiones finales](#)

[Bibliografía](#)

[Uno: ¿Qué es la medicina psicossomática?](#)

[Dos: Una breve historia de la medicina psicossomática](#)

[Tres: La psicología de los trastornos psicossomáticos](#)

[Cuatro: Tratamiento](#)

[Cinco: La hipertensión y la conexión mente-cuerpo: un nuevo paradigma](#)

[Siete: La experiencia de una reumatóloga con los trastornos psicossomáticos](#)

[Sobre el autor](#)

Introducción

El sistema de salud en los Estados Unidos se encuentra en crisis. Ciertos segmentos de la medicina estadounidense se han convertido en una pesadilla disfuncional de prácticas irresponsables, procedimientos peligrosos, reglamentaciones burocráticas y costes que aumentan vertiginosamente. En lugar de curar a la gente, este defectuoso sistema de salud, en muchos casos, está prolongando su sufrimiento. En lugar de prevenir las epidemias, las está generando.

¿Crees que éste es un juicio demasiado duro? Veamos algunas estadísticas. Los más de seis millones de estadounidenses que padecen «fibromialgia», una enfermedad misteriosa y extremadamente dolorosa, son tratados por un ejército de especialistas, pero ninguno de ellos tiene la menor idea de cuál es la causa de este trastorno. Un número aún mayor de estadounidenses recibe tratamiento para el reflujo gástrico, lo que significa un coste de miles de millones de dólares. ¿Quién dice que la acidez no sea un buen negocio? Y más millones de personas –muchas de ellas jóvenes– dependen de fármacos psicoactivos que pueden estar poniendo en peligro sus vidas.

Las circunstancias son graves. No estoy exagerando la situación. Por eso mis colegas y yo hemos escrito este libro.

La mente dividida trata sobre los principios y la práctica de la medicina psicosomática. No es una obra sobre medicina alternativa ni sobre tratamientos de la «Nueva Era» que tan de moda están. Se trata de un libro sobre una medicina que ha sido probada clínicamente, una medicina simple y directa, tal como la practican profesionales autorizados desde hace más de treinta años, trabajando con miles de pacientes.

En primer lugar, quiero aclarar cualquier confusión en relación con la palabra *psicosomático*. Es posible que creas que se refiere a algo vagamente fraudulento, como cuando las personas inventan enfermedades imaginarias por algún motivo egoísta. No es así. Pero incluso los profesionales de la medicina, los médicos que deberían tener una mejor comprensión de este término, a veces cometen el error de suponer que se refiere a cómo el estrés empeora una dolencia o a las consecuencias estresantes de vivir con una enfermedad. Éstas son consideraciones legítimas

y han sido abordadas en la literatura médica, pero no son psicósomáticas. La medicina psicósomática se refiere específicamente a los trastornos físicos del organismo mente-cuerpo, trastornos que pueden aparentar ser únicamente físicos pero que tienen su origen en las emociones inconscientes, un asunto médico muy distinto y extremadamente importante. Quiero señalar que vamos a usar los términos *psicósomático* y *mente-cuerpo* de forma intercambiable; por tanto, no dejes que esto te despiste.

Existen literalmente cientos de trastornos y enfermedades que han sido identificados como puramente psicósomáticos o con algún componente psicósomático. Vamos a explorar muchos de ellos en las próximas páginas. Estos trastornos pueden ir desde un leve dolor de espalda hasta el cáncer, dependiendo del poder y la importancia de los fenómenos emocionales inconscientes. Las enfermedades psicósomáticas parecen ser una parte ineludible de la condición humana. Sin embargo, sorprendentemente, a pesar de la incidencia casi universal de estos trastornos, la práctica de la medicina psicósomática es algo casi totalmente desconocido en la comunidad médica actual, y no desempeña prácticamente ningún papel en las investigaciones médicas contemporáneas. Hoy en día, cuando los médicos y muchos psiquiatras se enfrentan a un trastorno psicósomático, no lo reconocen por lo que es y casi siempre se limitan a tratar los síntomas.

La enormidad de este error de la práctica médica puede compararse a lo que ocurriría si la medicina se negara a reconocer la existencia de los virus y las bacterias. Quizá la peor manifestación de este medievalismo científico haya sido la eliminación de la palabra *psicósomático* de las ediciones más recientes del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM) (Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales), que es la lista oficial de diagnósticos psiquiátricos de la Asociación Americana de Psiquiatría. Es como eliminar el término *infección* de los diccionarios médicos.

Este sorprendente estado de cosas —escandaloso, a decir verdad— no sucedió de la noche a la mañana. Durante la primera mitad del siglo XX, el estudio y tratamiento de los trastornos psicósomáticos fue reconocido por muchos profesionales como una importante y prometedora nueva frontera de la medicina. Luego, hace alrededor de cincuenta años, la comunidad médica de los Estados Unidos tomó la dirección equivocada y simplemente perdió todo interés por la medicina psicósomática. Más adelante especularé sobre por qué sucedió esto, pero por ahora lo

importante que hay que señalar es que, al darle la espalda a esta vital rama de la medicina, la profesión médica ha contribuido a crear una epidemia de dolor y de otros trastornos que afecta a millones de personas.

Descubrí la medicina psicosomática bastante tarde en mi carrera profesional. Fue cuando comencé a ver grandes cantidades de gente que sufría esos comunes pero misteriosos trastornos que vienen acompañados de dolor, principalmente en la zona lumbar, el cuello, el tronco y las extremidades. Yo no sabía que estos trastornos eran psicosomáticos. Mi especialidad no era la psiquiatría o la psicología, y fue sólo a través del contacto diario y directo con el sufrimiento de mis pacientes como finalmente llegué a reconocer la verdadera naturaleza de su aflicción, y pude entonces comenzar a administrar un tratamiento efectivo. Mis colegas y yo hemos aprendido mucho a lo largo de los últimos treinta y dos excitantes y provechosos años. He publicado tres libros en los que describo nuestro trabajo, nuestros descubrimientos y nuestros éxitos. Estos libros trataban principalmente de lo que he llamado el síndrome de miositis tensional (SMT), un doloroso trastorno psicosomático que aflige a millones de personas. *La mente dividida* abarcará la gama completa de desórdenes psicosomáticos, un tema mucho más amplio e importante. Los trastornos psicosomáticos se dividen en dos categorías:

1. Aquellos trastornos que son *inducidos directamente* por las emociones inconscientes, tales como los problemas de dolor (SMT) y los trastornos gastrointestinales comunes como el reflujo, las úlceras, el síndrome de colon irritable, las afecciones de la piel, las alergias y muchos otros.

2. Aquellas enfermedades en que las emociones inconscientes pueden ser un agente causal, *pero no el único*. Entre ellas se encuentran las enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, algunos trastornos cardiovasculares y el cáncer. Por lo que conozco, en la actualidad no hay nadie que esté estudiando estas enfermedades y que incluya las emociones inconscientes como factores potenciales de riesgo. En mi opinión, esto raya en lo criminal.

Los procesos psicosomáticos comienzan en el inconsciente, esa parte oscura, no cartografiada y generalmente mal comprendida de nuestras mentes que fue identificada en primer lugar por Sigmund Freud. Aunque aún no sea un hecho reconocido por la medicina tanto física como psiquiátrica,

las emociones inconscientes son un factor importante en prácticamente todos los trastornos físicos no traumáticos. He titulado este libro *La mente dividida* porque los trastornos psicósomáticos se originan en la interacción de la mente inconsciente con la mente consciente. Aquellos rasgos que residen en el inconsciente y que consideramos más problemáticos, como el infantilismo, la dependencia o la capacidad para un comportamiento salvaje, son producto de una parte primitiva del cerebro, localizada en las profundidades de este órgano, justo por encima del tronco cerebral. La evolución ha agregado lo que se llama el neocórtex, el cerebro más reciente, el de la razón, del intelecto, de la comunicación y de la moral. Parece haber una lucha entre estas dos partes del cerebro. A veces se impone la razón y en ocasiones la parte más infantil y bestial de la naturaleza humana. Esta dualidad es una de las razones de la existencia de los trastornos psicósomáticos, como quedará demostrado más adelante.

Las conclusiones presentadas en este libro no están basadas en deducciones teóricas. Son el resultado de muchos años de experiencia con miles de pacientes, y están respaldadas por los hallazgos de psicoterapeutas altamente cualificados. Además, seis innovadores médicos de distintas partes de los Estados Unidos (que han incorporado los principios psicósomáticos en sus prácticas profesionales y en sus investigaciones) también han contribuido con los hallazgos basados en sus propias experiencias. El exitoso tratamiento de un alto porcentaje de pacientes respalda nuestros hallazgos.

El objetivo principal de *La mente dividida* es explicar la naturaleza del proceso psicósomático, especialmente el estado psicológico que da lugar a evidentes síntomas físicos. El objetivo secundario es llamar la atención hacia la estrechez de miras de muchos practicantes de la medicina contemporánea que no reconocen la existencia de los trastornos psicósomáticos y que, al actuar de esta forma, contribuyen a su propagación.

No me cabe duda de que los guardianes de la sabiduría convencional criticarán mis teorías por su supuesta «falta de evidencias científicas». Esto es casi ridículo, ya que no existen evidencias científicas para algunas de las teorías más apreciadas sobre las causas de los síntomas. El ejemplo más claro de esto lo constituye la idea de que el proceso inflamatorio es el responsable de muchos síntomas de dolor, algo para lo cual no existe ninguna evidencia científica. Otro ejemplo: nunca se han realizado estudios para confirmar el valor de una variedad de procedimientos quirúrgicos empleados en el

tratamiento de los trastornos dolorosos, como por ejemplo la laminectomía (empleada para tratar las anomalías de los discos intervertebrales).

El estudio de los trastornos psicósomáticos en el laboratorio presenta grandes problemas. ¿Cómo se pueden identificar y medir las emociones inconscientes? Si la aceptación del diagnóstico por parte del paciente es crucial para el éxito del tratamiento, ¿cómo se puede demostrar la validez del diagnóstico y del tratamiento si la mayoría de la gente no acepta el primero? Después de muchos años de experiencia, nuestra impresión es que no más de entre un 10 y un 15% de la población estaría dispuesta a aceptar un diagnóstico psicósomático. Nuestra prueba de validez reside en el extraordinario éxito de nuestro programa terapéutico.

Como señaló Freud, la fisiología del proceso es mucho menos importante que unas observaciones acertadas sobre el propio proceso. Freud tampoco disponía de ningún dato de laboratorio. Así, dejó en manos de los expertos de laboratorio la tarea de descubrir los elementos básicos de este proceso.

Al compartir contigo las experiencias respecto al diagnóstico y el tratamiento de las grandes cantidades de gente que han padecido o padecen dolores psicósomáticos, mis colegas y yo esperamos que nuestros hallazgos tengan una influencia importante sobre la práctica médica, en especial teniendo en cuenta los millones de personas que hoy en día sufren innecesariamente por culpa de estos trastornos.

¿Qué es la medicina psicosomática?

Recuerdo la primera vez que John R. vino a mi clínica en 1996. John era un exitoso hombre de negocios, elegante y atlético, que irradiaba confianza en sí mismo. Parecía sentirse a gusto y relajado –hasta que se agachó para sentarse–. De pronto, sus movimientos se hicieron lentos y se convirtió en alguien tan cauteloso, tan frágil, tan vacilante que parecía una caricatura del hombre confiado y enérgico que había entrado por la puerta hacía escasos segundos. Su lenguaje corporal revelaba claramente que o bien estaba experimentando un dolor espantoso o bien temía sufrir un ataque de dolor al realizar el menor movimiento equivocado.

Como médico, yo podía sentir empatía por su sufrimiento. Mi especialidad son los trastornos mente-cuerpo, y veo casos como el suyo cada día. Esperé poder ayudarlo, lo que quiere decir ayudarlo a que se ayudara a sí mismo, porque con los trastornos mente-cuerpo un médico no puede «curar» al paciente. Es el propio paciente el que tiene que llegar a comprender su enfermedad... y, al comprenderla, eliminarla.

Al repasar el historial de John, se comenzó a formar en mi mente la imagen de una vida interesante y llena de satisfacciones. Casado, tres hijos, su propio negocio, que probablemente le ocupaba una parte demasiado grande de su tiempo, pero que iba bien... También escuché la familiar letanía de sufrimientos y dolores –un problema crónico de espalda de origen misterioso y que a veces provocaba unos dolores tan intensos que no podía levantarse de la cama por las mañanas–. Su larga e infructuosa búsqueda de alivio – experimentos con la medicina alternativa, fármacos de todo tipo y por último, ante la desesperación, cirugía–, una solución extremadamente cara y sólo transitoriamente exitosa. Después, el repentino surgimiento de nuevos trastornos: ciática, dolores de cabeza, reflujo ácido –la lista de dolencias era interminable.

Como médico, mi trabajo era ayudarlo. Pero yo sólo podía señalar el camino. ¿Sería John capaz de seguirlo? ¿Sería capaz de percibir la profunda interconexión que existe entre el cuerpo y la mente? ¿Sería capaz de comprender el enorme poder de la ira reprimida?

Para los no iniciados parece haber algo misterioso en la medicina mente-cuerpo. En realidad, la relación entre la mente y el cuerpo no es más misteriosa que la que se da entre el corazón y la circulación de la sangre, o la que existe entre cualquier otro órgano y el funcionamiento del cuerpo humano. Mi primera entrevista con John indicaba que se mostraría abierto a la idea de la medicina mente-cuerpo. Después de sólo un mes de tratamiento, sus dolores, que lo habían torturado durante la mayor parte de su vida adulta, simplemente desaparecieron, y esto sin usar fármacos o procedimientos radicales. Sigo recibiendo cada año una tarjeta de navidad suya. En la más reciente me dice que sigue jugando al tenis y practicando el esquí. El verano pasado, él y su hijo mayor hicieron largas excursiones a pie por los montes Apalaches. El dolor y los otros inexplicables trastornos no han regresado.

A muchos de mis pacientes les cuesta comprender inicialmente la dinámica completa del síndrome mente-cuerpo. Una cosa es aceptar la idea de que la mente ejerce un gran poder sobre el cuerpo y otra muy distinta es interiorizar ese conocimiento y comprenderlo en un nivel profundamente personal. Incluso cuando mis pacientes llegan a apreciar plenamente el elemento central de la ecuación —el hecho de que la causa principal de su sufrimiento físico reside en su *mente*—, pueden seguir tropezando con los detalles secundarios, incapaces de aceptar la realidad de su propia ira enterrada, y totalmente perplejos ante el hecho de que su propia mente pueda tomar decisiones de las que no son conscientes.

El hecho de dar un paso hacia atrás y ver las cosas desde una perspectiva más amplia puede ayudar a mis pacientes a comprender la conexión mente-cuerpo. Los trastornos psicósomáticos pertenecen al grupo de los *trastornos psicogénicos*. Éstos pueden ser definidos como cualquier trastorno inducido o modificado por el cerebro debido a razones psicológicas.

Algunas de estas manifestaciones son muy conocidas y todo el mundo está familiarizado con ellas, como el hecho de sonrojarse o de ponerse a sudar al ser el centro de atención, o la sensación de mariposas en el estómago. Pero

éstos son fenómenos inofensivos y transitorios, y sólo continúan mientras persista el inusitado estímulo.

Un segundo grupo de trastornos psicogénicos incluye aquellos casos en que el *dolor de un trastorno físico es intensificado* por ansiedades y preocupaciones que no están directamente relacionadas con el trastorno. Un ejemplo sería la persona que ha sufrido un grave accidente de coche y cuyo dolor se ve aumentado por sus problemas familiares o profesionales, no por la gravedad de sus lesiones. A pesar de que la medicina convencional tiende a ignorar casi todas las manifestaciones psicogénicas, generalmente suele admitir este tipo, reconociendo que los síntomas pueden empeorar si el paciente se siente angustiado. Los médicos pueden referirse a esto como *superposición emocional*. Los pacientes me han contado que su dolor empeoró considerablemente cuando recibieron los resultados de una resonancia magnética en que aparecía algún tipo de anormalidad, como una hernia de disco, especialmente si la cirugía formaba parte del tratamiento sugerido.

El tercer grupo psicogénico es el perfecto opuesto del segundo: cubre los casos en que se produce una *reducción de los síntomas físicos* del trastorno en cuestión. En uno de los primeros estudios realizados sobre el dolor, Henry Beecher, de la Universidad de Harvard, observó que durante la Segunda Guerra Mundial los soldados gravemente heridos solían necesitar poca o ninguna morfina para controlar el dolor. Estos soldados estaban tan contentos de estar vivos, tan aliviados de no tener que enfrentarse de nuevo al horror del campo de batalla y de saber que ahora iban a recibir todo tipo de cuidados, que casi no sentían ningún dolor.

Los grupos psicogénicos más importantes son el cuarto y el quinto, *los trastornos histéricos* y *los trastornos psicósomáticos*. Los primeros tienen principalmente un interés histórico, aunque la psicología de ambos es idéntica. Mi experiencia ha sido especialmente con los segundos.

Los síntomas de los trastornos histéricos son a menudo bastante extraños. El paciente puede experimentar una gran variedad de afecciones altamente debilitantes, incluyendo astenia muscular o parálisis, sensaciones de entumecimiento o de hormigueo, ausencia total de sensaciones, ceguera, incapacidad para usar las cuerdas vocales y muchas otras, todas ellas *sin que exista ninguna anormalidad física que explique tales síntomas*.

La propia naturaleza de los síntomas histéricos indica que su origen se halla «totalmente en la cabeza», por usar la expresión peyorativa con la que la

gente se suele referir a los síntomas psicósomáticos. La ausencia de cualquier cambio físico en el cuerpo indica que los síntomas son generados por poderosas emociones en el cerebro. Nadie sabe con seguridad en qué lugar del cerebro. Una importante autoridad médica, el doctor Antonio R. Damasio, ha sugerido que estos centros generadores de emociones están localizados en el hipotálamo, la amígdala, el prosencéfalo basal y el tronco cerebral. Cuando se estimulan las células cerebrales adecuadas, los pacientes perciben los síntomas como si se originaran en el cuerpo. Estos síntomas suelen tener características muy extrañas e irreales. Uno de los pioneros de la psiquiatría del siglo XIX, Josef Breuer, los encontraba semejantes a las alucinaciones.

Los trastornos psicósomáticos

En cambio, en el quinto grupo psicogénico, el de los trastornos psicósomáticos, el cerebro produce verdaderos cambios físicos en el cuerpo. Un ejemplo de esto sería el síndrome de miositis tensional (SMT), un trastorno doloroso que examinaremos con más detalle. En este trastorno, el cerebro ordena una reducción del flujo de sangre hacia un determinado lugar del cuerpo, dando lugar a una leve deficiencia de oxígeno que causa dolor y otros síntomas, dependiendo de qué tejidos se hayan visto afectados.

Uno de los aspectos más intrigantes tanto de los trastornos histéricos como de los psicósomáticos es que tienden a propagarse entre la población de forma epidémica, casi como si fuesen de naturaleza bacteriológica, que no lo son. Edward Shorter, un historiador de la medicina, llegó a la conclusión de que la incidencia de un trastorno psicogénico adquiere proporciones epidémicas cuando el trastorno está de moda. Por muy extraño que parezca, la gente con una necesidad psicológica inconsciente de síntomas tiende a desarrollar dolencias que sean muy conocidas, como el dolor de espalda, la fiebre del heno o el eccema. Ésta no es una decisión consciente.

Una segunda causa de tales epidemias suele surgir cuando un trastorno psicósomático es mal interpretado por la profesión médica y atribuido a una anomalía estructural, como un espolón óseo, una hernia de disco, etcétera.

Un estudio realizado en Noruega en 1996 indica que existe una tercera condición que fomenta estas epidemias: el simple hecho de que el tratamiento médico esté fácilmente disponible. Un artículo publicado en la revista médica británica *Lancet* señalaba la epidemia de «latigazo

cervical» que estaba teniendo lugar en Noruega. Los conductores cuyo coche recibía un choque trasero desarrollaban dolores en el cuello y en los hombros a pesar de no haber sufrido ninguna lesión grave. Los doctores noruegos, desconcertados ante esta epidemia, decidieron investigar. Fueron a Lituania, un país sin seguro médico, y descubrieron que el latigazo cervical era una dolencia desconocida en ese país. Resultó que la explosión de casos en Noruega tenía más que ver con que el latigazo cervical estuviese de moda que con la gravedad de las colisiones traseras. ¡La única explicación para esta epidemia era que en Noruega había muchos seguros médicos que cubrían el tratamiento!

Las epidemias más importantes de trastornos psicosomáticos son aquellas que están relacionadas con el dolor. Como comentaré más adelante, estos trastornos se han convertido en las dolencias de moda para millones de estadounidenses. Son «populares» y la mayoría de ellos han sido erróneamente diagnosticados como si fueran el resultado de varias anomalías físicas estructurales, y de ahí su propagación epidémica.

¿Cuál es la génesis de un trastorno psicosomático? Como veremos, hay que buscar la causa en las regiones inconscientes del cerebro, y como también veremos, su objetivo es distraer deliberadamente a la mente consciente.

El tipo de síntoma y su localización en el cuerpo no importan mientras sirvan para distraer la atención de aquello que está calando en el inconsciente. Ocasionalmente, la elección de la localización del síntoma puede incluso facilitar la maniobra de distracción, algo que es común en los trastornos psicosomáticos. Por ejemplo, un hombre que siente un dolor agudo en el brazo al realizar un cierto movimiento con la raqueta de tenis va a suponer que ese movimiento fue el causante de su dolor. La realidad es que su cerebro ha decidido que ha llegado la hora de crear una distracción física y elige ese momento para iniciar el dolor porque la persona va a suponer que éste es producto de una lesión y no que se trata de un trastorno físico generado por el cerebro. ¿Y qué hace éste para llevar a cabo esta maniobra de distracción? Simplemente reduce de forma leve la cantidad de oxígeno que llega hasta un tendón del brazo, lo cual produce dolor. Así es como obtuvo su nombre el «codo de tenista». Si esto te parece extraño, diabólico o autodestructivo, más adelante verás que en realidad se trata de una maniobra de defensa. Mis colegas y yo la hemos observado en miles de pacientes.

Pero un síntoma puede perder con el tiempo su poder de distracción. En ese momento, la psique guarda otra estrategia en la manga. Encontrará otro

síntoma para tomar el lugar del anterior, uno que sea considerado «físico» tanto por el paciente como por el médico, es decir, sin un origen psicológico. Por ejemplo, si un tratamiento –digamos una intervención quirúrgica– neutraliza un determinado síntoma psicogénico de modo que éste pierda su poder de distracción, el cerebro simplemente creará una nueva serie de síntomas. A esto lo he llamado el *imperativo del síntoma*, y es algo que tiene enormes implicaciones de cara a la salud pública, porque los síntomas psicogénicos son generalmente mal interpretados y tratados como trastornos físicos. De repente, el paciente supuestamente «curado» presenta un nuevo trastorno que exige atención médica. Más sufrimiento. Más tiempo perdido. Más gastos. Esto lo iré documentando a medida que avancemos.

Estadísticamente, el trastorno más común en la actualidad es el síndrome de miositis tensional (SMT), que he descrito ampliamente en mis obras anteriores. Le di ese nombre porque en 1984, cuando publiqué mi primer libro, se creía que el músculo (mio) era el único tejido implicado. Desde entonces, he descubierto que los nervios y los tendones también pueden verse afectados. De hecho, ahora parece que la implicación de los nervios es más común que la de los músculos. Por consiguiente, un término más inclusivo, como *síndrome musculoesquelético mente-cuerpo*, podría ser más adecuado. Sin embargo, como el término SMT ya es tan conocido, mis colegas me han aconsejado que no lo cambie, así que lo seguiré usando.

¿Qué hace el cerebro para producir síntomas en el cuerpo? Existen varias formas, pero la mayoría de los trastornos psicosomáticos son creados mediante la actividad del *sistema autónomo-péptido*. La rama autónoma del sistema nervioso central controla los sistemas involuntarios del cuerpo, como el circulatorio, el gastrointestinal y el genitourinario. El sistema autónomo está activo veinticuatro horas al día y funciona al margen de nuestra conciencia. He agregado la palabra *péptido* porque los péptidos son moléculas que participan en un sistema de intercomunicación entre el cerebro y el cuerpo, y que desempeñan un importante papel en estos procesos.

El trastorno más común producido mediante este sistema es el SMT, que he descrito más arriba. Este trastorno afecta a millones de personas y representa un coste de miles de millones de dólares en gastos médicos, horas de trabajo perdidas y compensaciones.

Otros trastornos incluyen:

– El reflujo gastrointestinal.

- La úlcera péptica (a menudo agravada por los antiinflamatorios).
- El espasmo esofágico.
- La hernia de hiato.
- El síndrome de colon irritable.
- La colitis espástica.
- La cefalea tensional.
- La migraña.
- La micción frecuente (cuando no está relacionada con problemas médicos como la diabetes).
- La mayor parte de los casos de prostatitis y de disfunción sexual.
- Tinnitus (zumbido en los oídos) o mareos no relacionados con alguna enfermedad neurológica.

Las teorías presentadas aquí están basadas casi exclusivamente en los trabajos realizados con el SMT, pero existen muchos trastornos mente-cuerpo menos comunes (como el reflujo) cuyos síntomas también son creados por el sistema autónomo-péptico. Nos referimos a éstos como equivalentes del SMT, ya que son el resultado de las mismas condiciones psicológicas que produjeron el SMT. Lo que me puso sobre la pista de que los casos de dolor que veía en los primeros años de la década de los setenta fuesen de origen psicósomático fue el hecho de que tantos pacientes hubiesen padecido estos trastornos equivalentes, todos los cuales yo sabía que eran psicósomáticos. Este descubrimiento indicaba que los casos de dolor que veía también eran psicósomáticos.

Por qué el SMT es doloroso

Como señalé anteriormente, la alteración de la fisiología en los casos de SMT parece ser una leve reducción local en el flujo de sangre hacia una pequeña región o hacia una determinada estructura corporal, como un nervio espinal, lo cual da lugar a un estado de leve deficiencia de oxígeno. El resultado es dolor, el síntoma principal del SMT. Los tejidos que pueden verse afectados son los músculos del cuello, los hombros, la espalda o las nalgas, cualquier nervio espinal o periférico y cualquier tendón. Por consiguiente, los síntomas pueden producirse prácticamente en cualquier parte del cuerpo. La naturaleza del dolor varía dependiendo del tejido afectado: músculo, nervio o tendón. Además del dolor, la implicación de un nervio acarrea la posibilidad de sensaciones de entumecimiento y hormigueo o debilidad muscular. Éstas reflejan la función de los nervios, que consiste en

hacerle llegar la información sensorial al cerebro y llevar mensajes de movimiento al cuerpo. Cualquiera de estas funciones –o ambas– puede verse afectada por el SMT. El hecho de que los pacientes experimenten una rápida recuperación cuando reciben un tratamiento adecuado indica que los tejidos afectados –el tejido nervioso es el más sensible– no han sido dañados en absoluto, sino que han sufrido una disfunción temporal.

Como son tan pocos los miembros de la profesión médica que reconocen los trastornos mente-cuerpo como lo que son, el dolor del SMT es generalmente atribuido a una anormalidad estructural, como las que suelen aparecer en radiografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas. Ésta es una lista de las anormalidades más comunes:

Anormalidades de los discos intervertebrales debidas al desgaste, al envejecimiento, etcétera, que incluyen:

- Estrechamiento del espacio discal, lo que indica que el disco ha perdido sustancia.
- Abultamiento del disco, debido a la presión ejercida por la materia interna del disco (el núcleo pulposo).
- Hernia de disco.

Anormalidades de otros componentes de las vértebras, conocidas como espon dilosis (inmovilidad y fusión de las articulaciones de las vértebras) que incluyen:

- Espolones óseos alrededor de las articulaciones de las vértebras («pinzamientos del nervio»).
- Engrosamiento de los ligamentos en el canal espinal.
- Estrechamiento del canal espinal debido a los cambios descritos anteriormente (estenosis espinal).
- Espondilolistesis (mala alineación de las vértebras).
- Escoliosis (anormal curvatura lateral de la columna vertebral).
- Anormalidades de los tendones del manguito rotador del hombro.
- Lesiones del cartílago de la rodilla (menisco).
- Cambios normales en la rodilla debidos al envejecimiento (artritis).
- Modificaciones en la cadera causadas por el envejecimiento (artritis).
- Espolones óseos en el talón.
- Otros trastornos menos comunes.

De acuerdo con mi experiencia, la mayoría de estas anormalidades no son responsables del dolor. La causa de éste es simplemente el SMT. No obstante,

a pesar de que no existen pruebas de que estas anormalidades sean la causa del dolor, la profesión médica usa rutinariamente la cirugía para tratarlas —en muchos casos, una cirugía extremadamente cara.

Para complicar aún más el problema, existen numerosos trastornos de los tejidos blandos a los cuales también se los considera responsables del dolor producido por el SMT. Estos errores de diagnóstico incluyen:

- Dolor miofascial, generalmente en la espalda (causa real desconocida).

- Síndrome pospolio (dolor en las zonas del cuerpo anteriormente afectadas por la polio). Este dolor suele ser atribuido a esta enfermedad, pero no existe ninguna prueba de que esto sea así. Hay una frase en latín, muy citada en círculos científicos, que se refiere a este tipo de errores de diagnóstico: *post hoc ergo propter hoc*. Quiere decir: «después de esto [después de la polio], por lo tanto a causa de esto», un clásico error de lógica que lleva a conclusiones nada científicas y peligrosas.

- Distensión de los músculos de la espalda o del cuello.

- Dolor en las nalgas atribuido a la compresión del nervio ciático por el músculo piriforme —una idea bastante absurda y para la que no hay ninguna prueba.

- Dolor y otras anormalidades dentales (síndrome de la articulación temporomandibular [SAT]) que probablemente se deben al SMT en los músculos de la mandíbula.

- Dolor en los tendones en varias zonas alrededor del codo, atribuido al exceso de uso (codo de tenista).

- Distensión o desgarramiento del tendón del manguito rotador del hombro.

- Dolor en la parte anterior de la planta del pie (metatarsalgia).

- Dolor en la parte central de la planta del pie (fascitis plantar).

- Dolor en el talón (espolón óseo).

- Dolor atribuido a un tumor benigno en la planta del pie (neuroma metatarsal).

- Síndrome del túnel carpiano (lesión por estrés repetitivo).

- Fibromialgia: véase más adelante.

- Otros trastornos menos comunes de los tejidos blandos.

En los últimos treinta y cinco años, tres de los trastornos de esta lista han sido erróneamente diagnosticados tan a menudo que su incidencia ha

alcanzado proporciones epidémicas. Se trata de los siguientes:

1. Dolor crónico en la espalda, el cuello, los hombros y las extremidades.
2. Fibromialgia.
3. Síndrome del túnel carpiano.

Cada uno tiene una historia distinta que contar.

Tres epidemias mente-cuerpo

1. Los síndromes de dolor crónico: una plaga moderna

La llamada peste negra de la historia europea y asiática –la peste bubónica– mató a millones de personas. Fue causada por una bacteria que se alojaba en las ratas y era transmitida por las pulgas. Las autoridades del momento tenían los medios para controlar la propagación de la enfermedad, pero como la bacteriología y la epidemiología eran ciencias desconocidas en esa época, no comprendieron la necesidad de hacerlo. En otras palabras, la plaga proliferó gracias a su ignorancia. La epidemia de dolor crónico existe hoy en día debido a una falta similar de conocimientos. La medicina moderna no conoce ni la causa del dolor crónico ni los medios por los que se propaga. Esto ha llevado a una epidemia que continúa desde el final de la década de los sesenta. Y por esto las clínicas especializadas en el tratamiento del dolor han proliferado tanto en los últimos tiempos.

La razón de esta epidemia reside en que la clase médica sigue negándose tercamente a considerar la posibilidad de que existan los trastornos mente-cuerpo. La mayoría de la gente con dolor crónico padece una de las numerosas manifestaciones del SMT que acabo de describir, pero casi la totalidad de los médicos no conocen este diagnóstico. Los pocos que lo conocen a menudo deciden no aceptarlo. En lugar de eso, atribuyen el dolor a uno de los muchos trastornos enumerados. La persistencia de éste –el hecho de que se prolongue durante meses o incluso años– la explican mediante una ingeniosa idea concebida por los psicólogos conductistas hace muchos años. Según su teoría, el dolor persiste porque cumple una función que ellos llaman *beneficio secundario*, es decir, un deseo inconsciente del paciente por beneficiarse de alguna forma del síntoma, sea mediante la obtención de comprensión, compasión, apoyo o ganancias monetarias, o porque gracias al síntoma el paciente pueda evitar alguna responsabilidad o trabajo difícil. Esta astuta explicación fue rápidamente aceptada por los

médicos, ya que los eximía de la responsabilidad de no haber conseguido ayudar a sus pacientes. Después de todo, la culpa era de éstos. Es difícil imaginar una explicación más equivocada, tanto desde el punto de vista científico como desde el punto de vista del paciente.

Como veremos, la verdadera causa del dolor, el síndrome de miositis tensional, cumple una función de *beneficio primario*, es decir, evita que la mente tome conciencia de sentimientos inconscientes como la ira o el dolor emocional. Casi nunca existe un beneficio secundario. Trataré este tema más detalladamente en el capítulo sobre el origen psicológico de estos trastornos.

Como señalé anteriormente, los trastornos mente-cuerpo tienden a propagarse de forma epidémica:

- a) si están de moda;
- b) si han sido diagnosticados erróneamente, es decir, si el dolor ha sido falsamente atribuido a algún fenómeno puramente «físico», como una hernia de disco o una bacteria en el estómago; y
- c) si el tratamiento se encuentra al alcance de todos y lo cubre el seguro médico.

El dolor crónico cumple admirablemente todos estos requisitos, lo que explica la permanente incapacidad de la medicina para avanzar en la resolución de este problema. La profesión médica tiene una gran responsabilidad en esta y otras epidemias. Simplemente, ha violado una de las reglas médicas más fundamentales: *no hacer daño*.

En realidad, la medicina estadounidense ha producido un daño enorme. Ha diagnosticado erróneamente la causa del dolor, garantizando que incluso si el paciente experimenta algún alivio debido a un efecto placebo, el dolor regrese al mismo lugar o a otro, o que, siguiendo el principio del imperativo del síntoma, otro trastorno físico tome su lugar. El paciente no ha sido curado en absoluto.

Con su ceguera, la medicina moderna ha fomentado la propagación de la epidemia de los síndromes de dolor. Ha introducido una variedad de tratamientos ineficaces, algunos de ellos extremadamente caros, imponiendo una pesada carga sobre la administración pública y los seguros privados.

La enormidad del problema queda ilustrada en un artículo que apareció en la sección de negocios del *New York Times* el 31 de diciembre del 2003. Este artículo describía cómo un caro tratamiento llamado fusión espinal era ampliamente practicado *pese a la inexistencia de cualquier*

evidencia que demostrase su valor . También señalaba que los médicos, hospitales y fabricantes del material utilizado en estos procedimientos muestran un interés financiero en que la operación se realice. El coste nacional de este material ha aumentado hasta alcanzar los dos mil quinientos millones de dólares al año. La cuantía total del tratamiento debe de ser astronómica. Mis profesores de la facultad de medicina se horrorizarían si viesen lo que le ha ocurrido a la práctica médica. El mercado y los factores económicos han pasado a dominarlo todo.

De acuerdo con mi experiencia, las numerosas anormalidades estructurales que supuestamente justifican cirugías como la descrita no suelen ser las responsables del dolor. Esto quiere decir que ni la cirugía ni el tratamiento físico conservador son lo indicado. Les suelo decir a mis pacientes que el dolor atribuido a algún tipo de anormalidad estructural constituye la peor razón posible para una cirugía musculoesquelética.

2. La fibromialgia

Fibromialgia es un término médico que se viene usando desde hace bastante tiempo. Por alguna razón fue adoptado por la comunidad reumatológica en los inicios de la década de los ochenta y se usó para referirse a los pacientes que sentían dolor en muchos lugares del tronco, brazos y piernas. De hecho, es un tipo agudo de SMT. Significativamente, los pacientes con fibromialgia también padecen otros trastornos mente-cuerpo, como la jaqueca y el colon irritable, y presentan síntomas de tipo emocional como la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño. Cuando los reumatólogos se interesaron por primera vez en las personas con estos síntomas, no fueron capaces de explicar qué era lo que causaba el trastorno, pero crearon criterios diagnósticos para definirlo. Eso se convirtió en una especie de beso médico de la muerte. La Asociación Americana de Reumatología decretó que el diagnóstico podía realizarse si la persona examinada presentaba dolor en once de dieciocho localizaciones potenciales. Desde entonces se han publicado cientos, si no miles, de estudios que intentan, todavía sin éxito, explicar este trastorno. Dos de estos estudios sobre la fibromialgia encontraron que el nivel de oxígeno en los músculos se había reducido, confirmando la hipótesis de que se trataba de una manifestación del SMT, el cual, como hemos visto, es causado por una leve deficiencia de oxígeno. Pero la comunidad reumatológica no aceptó la idea de que ésta fuese la causa de la fibromialgia, y la epidemia continuó. En el año 2000, el enorme aumento de la gente a la que se le diagnosticaba

fibromialgia motivó que Jerome Groopman, un profesor de medicina de la Universidad de Harvard, escribiera un artículo en la revista *New Yorker* en el que señalaba que existían seis millones de estadounidenses (la mayoría mujeres) con este trastorno de causa desconocida y que parecía ser un fenómeno similar a la epidemia de neurastenia del siglo XIX.

La historia de la fibromialgia constituye otro trágico ejemplo de la tendencia epidémica que presentan los trastornos psicósomáticos cuando son erróneamente diagnosticados y, por consiguiente, inevitablemente mal gestionados.

3. El síndrome del túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano (STC) se puso de moda en los años ochenta. Es otra manifestación del SMT que ha sido muy mal interpretada por la medicina, con predecibles resultados. Los pacientes experimentan una variedad de síntomas en las manos que son el resultado de una disfunción del nervio mediano en la muñeca. Esta disfunción puede verificarse mediante pruebas eléctricas, de manera que no existe ninguna duda sobre la razón de los síntomas. Lo que está en duda (aunque la comunidad médica no lo admite) es qué está irritando al nervio. El diagnóstico comúnmente aceptado es que el nervio sufre una compresión al pasar bajo un ligamento de la muñeca, y el tratamiento recomendado consiste en inyectar esteroides bajo el ligamento o cortarlo, lo cual a veces produce un alivio de los síntomas. Sin embargo, un estudio publicado en la revista *Muscle and Nerve* (*Músculo y nervio*) señala que la función nerviosa regresa demasiado rápido después de haber cortado el ligamento para poder echarle la culpa del trastorno a la compresión, y que es más probable que una isquemia local (flujo reducido de sangre) sea la responsable de los síntomas. Como la isquemia es la que causa los síntomas del SMT, los resultados respaldan la idea de que el síndrome del túnel carpiano sea una manifestación de éste.

Es muy significativo que la rápida propagación del síndrome del túnel carpiano haya coincidido con el espectacular crecimiento de la industria informática. Lo que fomentó la divulgación del STC fue la creencia de que el problema era causado por el hecho de trabajar continuamente con un teclado de ordenador y que el STC era una de esas «lesiones por estrés repetitivo». Desde esos primeros tiempos, legiones de empleados de oficina y de personas con ocupaciones que requieren una variedad de tareas repetitivas han desarrollado este trastorno, de manera que hoy en día, al igual que el dolor crónico y la llamada fibromialgia, constituye un problema de salud

pública de primera magnitud. A las personas con STC les resulta muy difícil aceptar que se trate de un *trastorno mente-cuerpo* incluso cuando se usa este término, más benigno, en lugar de la palabra *psicosomático*.

Es bastante increíble que yo no haya podido encontrar en la literatura médica ni una sola mención que ponga en duda los motivos de estas epidemias. Y uno nunca obtiene una respuesta satisfactoria cuando pregunta: «¿Cómo es posible que los millones de hombres y mujeres que han usado máquinas de escribir desde el comienzo del siglo XX nunca hayan desarrollado síndrome del túnel carpiano?». De nuevo, la medicina carga con la responsabilidad de estas epidemias por dos razones. Primero, por no haber realizado el diagnóstico correcto, y segundo, por haber atribuido la epidemia a causas estructurales y a otras igualmente dudosas. De este modo, la medicina ha contribuido a prolongar y a agudizar los síntomas. Esto es importante porque respalda la estrategia de la mente, que consiste en distraer la atención de aquello que está sucediendo en el inconsciente y centrarla en un síntoma corporal. Esta estrategia perpetúa los síntomas. La triste realidad es que la mayoría de la gente que padece dolor crónico, fibromialgia o STC no acepta un diagnóstico psicosomático.

Otros trastornos mediados por el sistema autónomo-péptido

Además de las tres dolencias mencionadas, existen numerosos trastornos que son producidos por el mismo sistema mente-cuerpo, el sistema autónomo-péptido. Estos trastornos comparten la misma génesis y cumplen idéntica función psicológica. Entre ellos están:

Los síndromes mente-cuerpo gastrointestinales

Los síntomas gastrointestinales del tracto superior o inferior continúan siendo manifestaciones psicosomáticas comunes. Son tratados con una variedad de medicamentos, a menudo con un éxito que, como he señalado, representa una victoria pírrica, ya que el cerebro simplemente busca otro lugar para crear los síntomas psicosomáticos.

Muchos médicos, incluyendo a los psiquiatras, se niegan ahora a creer que las úlceras sean psicosomáticas porque se ha descubierto la existencia de una bacteria en las personas que padecen úlcera péptica. Se asegura que los pacientes se curan mediante antibióticos. Éste es uno de los muchos ejemplos de la incapacidad de la medicina para encarar la realidad de la psicopatosis. En mi opinión, la presencia de la bacteria en el estómago de algunos pacientes no es más que una parte del proceso.

De la misma forma, un estudio del *American Journal of Gastroenterology* atribuyó el síndrome de colon irritable a la presencia de una bacteria en el colon. Esta conclusión sería cómica si no fuese trágica porque, si esta idea gana aceptación entre los médicos y sus pacientes, habrá otro trastorno psicossomático más cuya verdadera causa será ignorada. Así, lo único que se conseguirá es tratar el síntoma y no la causa.

La cefalea tensional y el dolor de cabeza

No existe ninguna prueba de laboratorio que demuestre que la cefalea tensional y el dolor de cabeza sean psicossomáticos, pero la experiencia clínica al tratarlos como tales es impresionante. Ya en la década de los treinta y de los cuarenta, destacadas autoridades médicas publicaron numerosos estudios sobre la base *psicológica* de la migraña, y todos indicaban que ésta guarda relación con la ira reprimida. En su libro *Medicina psicossomática* (1950), Franz Alexander apuntaba que «la observación más notable es el repentino final del ataque inmediatamente después de que el paciente toma conciencia de su ira reprimida y la expresa con palabras groseras». Nótese la referencia de Alexander a la *ira*. Como veremos, la ira en el inconsciente es crucial para la comprensión de prácticamente todas las reacciones psicossomáticas.

El revolucionario trabajo de Alexander y sus colegas (véase el capítulo segundo) ha sido olvidado. Los pacientes que vienen a nuestra clínica nos dicen que el tratamiento que han recibido para el dolor de cabeza y la cefalea tensional ha consistido siempre en la ingestión de fármacos, otro ejemplo de la regresión de la medicina contemporánea.

Síndromes mente-cuerpo genitourinarios

La necesidad de orinar frecuentemente es psicossomática, excepto cuando está relacionada con la diabetes, con enfermedades renales, adrenales o cardíacas, con una infección de la vejiga o con un agrandamiento de la próstata. Se trata de algo muy común. Un historial cuidadoso revelará que en muchos casos la costumbre de levantarse para orinar durante la noche no se debe a una vejiga llena, sino a un tipo leve de insomnio. La persona es programada por el inconsciente para despertarse y tener ganas de orinar.

Existen casos documentados en la literatura médica que muestran que la prostatitis en los hombres jóvenes está relacionada con el estrés cuando no se debe a ninguna infección evidente.

La mayoría de las disfunciones sexuales a cualquier edad tiene un origen psicológico. Aunque es bien sabido que la libido disminuye con la edad, los factores emocionales pueden seguir siendo los responsables de las dificultades sexuales en los ancianos.

El tinitus y el vértigo

Ambos trastornos pueden indicar alguna enfermedad de los nervios o de los oídos, pero generalmente son benignos y psicósomáticos. Una vez experimenté un vértigo que duró sólo unas horas. Terminó cuando pude identificar el origen psicológico de este trastorno.

Trastornos atribuidos a la actividad del sistema inmune-péptido

Los trastornos descritos hasta ahora son los más comunes de un grupo muy grande, y todos ellos son activados por el sistema autónomo-péptido. Un segundo grupo de enfermedades está asociado con el *sistema inmunológico*. (De nuevo, incluyo el sistema de comunicación péptida a causa del papel que desempeña en la interacción entre el cerebro y el cuerpo.) No se sabe qué es lo que determina que el inconsciente elija tal o cual sistema o síntoma, pero eso no importa demasiado dado que el objetivo de todos los síntomas es el mismo –distracer a la mente consciente.

Con el sistema inmune-péptido, el trastorno puede ser producido tanto por una falta de reacción de la función inmune como por una reacción excesiva. Esta última causa:

- Fenómenos alérgicos (rinitis alérgica, conjuntivitis, sinusitis, asma...).
- Una gran cantidad de problemas dermatológicos (eccema, urticaria, angioedema, acné, psoriasis...).

Siempre surge la misma pregunta: «¿Acaso las reacciones alérgicas no son causadas por alérgenos, como el polen?». La respuesta es sí, pero estos alérgenos no son más que los *desencadenantes* del proceso. Son sustancias extrañas, y el sistema inmunológico está diseñado para repeler a los invasores. Sin embargo, no todo el mundo reacciona al polen. Si tu mente inconsciente hace que tu sistema inmunológico lo haga en exceso, se dice que el sistema es *hiperactivo* o *hipersensible*. Ambos términos indican una reacción alérgica. Esta excesiva sensibilidad del sistema inmunológico no es para protegerte de sustancias extrañas, sino para mantener tu atención centrada en el cuerpo.

La mente inconsciente también puede hacer lo contrario: *reducir* la eficacia del sistema inmunológico y aumentar la vulnerabilidad ante una

infección. Esto también le sirve para desviar la atención de sí misma. Las infecciones recurrentes de cualquier tipo suelen ser una indicación de este proceso. Las infecciones deben ser tratadas «médicamente», pero continuarán produciéndose si no lo son psicológicamente. Es muy significativo que muchas de las personas con dolores producidos por el SMT que han participado en nuestro programa terapéutico nos hayan dicho que las alergias y las infecciones frecuentes desaparecieron al mismo tiempo que el dolor.

La mayor parte de la gente con SMT presenta un historial con uno o más de estos trastornos del sistema autónomo o del sistema inmunológico. De hecho, sería casi imposible encontrar a alguien que nunca haya experimentado uno o más síntomas mente-cuerpo. Uno se ve obligado a concluir que las reacciones psicósomáticas y, por lo tanto, las emociones que las causan son universales. Es importante reconocer que no son enfermedades, *sino parte de la vida, parte de la condición humana*. Esto quedará claro cuando describa más detalladamente la psicología de los trastornos mente-cuerpo en el capítulo tercero.

Trastornos producidos por el sistema neuroendocrino-péptido

Existe un medio más para transferir los trastornos mente-cuerpo desde la mente hasta el cuerpo. Se trata del sistema neuroendocrino-péptido que gobierna la distribución hormonal del cuerpo. Los trastornos asociados a él constituyen un pequeño pero específico grupo de trastornos que parece hallarse entre la esfera física y la psicológica en sus manifestaciones:

- La bulimia.
- La anorexia nerviosa.
- La neurastenia (hoy conocida como fatiga crónica).

Tanto el deseo de ingerir alimentos en exceso como la incapacidad de comer parecen apuntar hacia algún poderoso factor emocional, aunque no sería de extrañar que en el ambiente médico que reina hoy en día apareciese alguien con una explicación puramente física para ambos trastornos. La bulimia y la anorexia nerviosa son generalmente tratadas psiquiátricamente.

Con respecto a la neurastenia, un grupo de médicos que representaba a tres de los colegios reales de Gran Bretaña, estudió el problema y presentó un informe en 1996 que indicaba que los factores psicológicos eran los más importantes en este trastorno y que el tratamiento más eficaz consistía en

actividad física y psicoterapia. Existen evidencias anecdóticas (basadas en las numerosas cartas que he recibido) de que la lectura de mi libro *Libérese del dolor de espalda* ha curado a mucha gente con neurastenia. Esto es lógico, dado que la psicología subyacente es la misma en este trastorno que en el SMT.

Un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* en 1993 titulado «Interacciones neuroendocrino-inmunes» concluyó con esta afirmación: «La influencia del sistema nervioso central sobre el sistema inmunológico está bien documentada y proporciona un mecanismo mediante el cual los estados emocionales pueden influenciar el curso de dolencias relacionadas con la función inmune. El hecho de que los factores emocionales puedan afectar al desarrollo de enfermedades autoinmunes, del cáncer y de las infecciones en los humanos es un tema que está siendo intensamente investigado y que hasta la fecha no ha sido resuelto satisfactoriamente».

Este estudio abordaba la influencia de la red neuroendocrina sobre el sistema inmunológico y por lo tanto es relevante para los procesos alérgicos e infecciosos mencionados antes, así como para el amplio campo de las enfermedades autoinmunes y el cáncer. Lo menciono porque es probable que la red neuroendocrina también sea responsable de la bulimia, la anorexia nerviosa y la neurastenia. Una vez más, la red péptida proporciona el mecanismo mediante el cual los estados emocionales pueden producir estados físicos.

La bulimia, la anorexia nerviosa y la neurastenia son los equivalentes casi físicos del SMT. La experiencia indica que la ansiedad, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), todos trastornos puramente emocionales, también son equivalentes del SMT.

Volviendo al imperativo del síntoma mencionado antes, he observado que algunos pacientes, después de haberse librado del dolor gracias a alguna terapia química o a un placebo, se ponían ansiosos o se deprimen en lugar de desarrollar otro síntoma físico. Pero cuando estos síntomas emocionales mejoraban gracias a un tratamiento con antidepresivos o tranquilizantes, el dolor regresaba! Otros pacientes que mostraban los síntomas del SMT y del TOC simultáneamente se libraban de ambos al participar en el programa terapéutico del SMT.

La conclusión es inevitable: la psicología que se encuentra detrás de los trastornos tanto afectivos como físicos es la misma, y la gente cuyo dolor es

sustituido por ansiedad o depresión también está experimentando el imperativo del síntoma. Ésta es una afirmación atrevida porque supone expresar una opinión sobre el origen de la ansiedad y la depresión, trastornos que pertenecen al ámbito de la psicología y la psiquiatría. Sin embargo, se está sugiriendo que los estados afectivos, al igual que los síntomas psicósomáticos, también son reacciones ante poderosas emociones que residen en el inconsciente y que amenazan con acceder a la conciencia; por consiguiente, la buena medicina requiere que estas emociones inconscientes sean reconocidas y encaradas. Tratar la ansiedad o la depresión con medicamentos y sin recurrir a una psicoterapia profunda es simplemente mala medicina, y puede ser incluso peligroso si el imperativo del síntoma lleva a un trastorno grave, como una de las muchas enfermedades autoinmunes o el cáncer. Éstas no son conclusiones caprichosas basadas en conjeturas, sino que provienen de una experiencia clínica irrefutable.

Una palabra acerca de la red péptida: el científico que más ha contribuido a la comprensión de este sistema crucialmente importante y que de hecho ha escrito sobre «la bioquímica de las emociones» es la doctora Candace Pert. Ella ha descrito su trabajo en el libro *Molecules of Emotions* (*Moléculas de las Emociones*), una obra que debería ser leída por todos los profesionales interesados en cómo las emociones producen síntomas físicos. La red péptida explica la parte física del proceso psicósomático, pero también el efecto placebo, es decir, cómo la fe ciega puede llevar a una mejoría de los síntomas. Ya he señalado que el efecto placebo puede ser peligroso debido al imperativo del síntoma, pero tratar éste en lugar de la causa es en todo caso mala medicina porque casi siempre es algo transitorio, lleve o no a un síntoma sustituto. Los placebos pueden tomar muchas formas: la cirugía, una variedad de tratamientos físicos o los fármacos. Si el arquitecto celestial aboliese de repente el efecto placebo en los humanos, habría un caos económico, sobre todo en los Estados Unidos, porque una buena parte del tratamiento médico actual le debe su éxito al fenómeno placebo.

El estado actual de la medicina mente-cuerpo

En vista de nuestro éxito con el tratamiento de los trastornos dolorosos, a mis colegas y a mí nos preguntan a menudo por qué no hay más médicos y pacientes que acepten estas teorías. Es una buena pregunta, y no es fácil responderla. Existen muchas razones y algunas de ellas son bastante sutiles.