

Suzanne O'Sullivan

Todo

está

en

tu

cabeza

Historias reales  
de enfermedades imaginarias

*Ariel*

Suzanne O'Sullivan

Todo está en tu cabeza  
Historias reales  
de enfermedades imaginarias

Traducción de Gemma Deza Guil

*Ariel*

Título original: *It's All in Your Head. True Stories of Imaginary Illness*

Publicado originalmente por Chatto & Windus,  
un sello editorial de Vintage, Penguin Random House, U.K.

1.ª edición: enero de 2016  
© 2015: Suzanne O'Sullivan  
© 2016 de la traducción: Gemma Deza Guil

Derechos exclusivos de edición en español  
reservados para todo el mundo  
y propiedad de la traducción:

© 2015: Editorial Planeta, S. A.  
Avda. Diagonal, 662-664 – 08034 Barcelona

Editorial Ariel es un sello editorial de Planeta, S. A.  
[www.ariel.es](http://www.ariel.es)

ISBN: 978-84-344-2309-1  
Depósito Legal: B. 28.343 - 2015  
Impreso en España por Rodesa

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro  
y está clasificado como papel ecológico.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar  
o escanear algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com)  
o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

## Índice

1. Lágrimas .....	9
2. Pauline .....	31
3. Matthew .....	65
4. Shahina .....	103
5. Yvonne .....	133
6. Alice .....	181
7. Rachel .....	221
8. Camilla .....	263
9. Risa .....	305
<i>Agradecimientos</i> .....	319
<i>Índice temático</i> .....	321

## Lágrimas

Aunque estaba convencido de que aquella mujer no padecía ninguna enfermedad corporal, sino que era un problema emocional lo que la afligía, lo confirmé en el preciso momento en que la estaba examinando. Alguien del mundo del teatro comentó que había visto a Píldes bailar. En aquel instante, su expresión y el color de su tez cambiaron. Atento, le sostenía la muñeca con la mano y observé que su pulso se volvía irregular y, de repente, se agitaba sobremanera, lo cual apunta a una mente atribulada.

GALENO, C. 150 d. C.

Me licencié en Medicina en 1991. El primer gran dilema al cual se enfrentan los doctores novatos es escoger una especialidad. En ciertos aspectos, se trata de una decisión fácil. Por ejemplo, o se quiere operar a gente o no. O se es capaz de reaccionar rápido frente a una urgencia o no. Hay quien quiere dedicarse a investigar en un laboratorio. Otros prefieren pasar su tiempo con los pacientes. La medicina tiene un hueco para cada tipo de persona. En cambio, suele resultar más difícil tomar las decisiones más concretas que vienen a continuación. Se puede saber que se quiere ser cirujano, pero ¿qué parte u órgano se prefiere operar? ¿Te fascina el corazón, donde un solo latido desacompañado puede representar un peligro inmediato para la vida? ¿O se prefiere ex-

perimentar con los picos y valles de la lucha contra las células cancerígenas?

Pese a todas las posibilidades, desde los inicios de mi formación supe cuál sería mi decisión. Quería ser neuróloga. Cuando tomé esa decisión sabía lo que significaba y adónde me llevaría. Quería emular a las personas de las que había aprendido, las personas que me habían inspirado. Me gustaba la parte detectivesca de la profesión, tener que resolver los misterios de cómo el sistema nervioso transmite sus mensajes y averiguar todos los errores posibles. Imagine a un hombre incapaz de mover la pierna derecha pero que no nota la pierna izquierda: ¿dónde está la lesión? ¿Qué enfermedad tiene? O una mujer que está perfectamente pero no consigue escribir y es incapaz de identificar sus dedos y no atina a indicar cuál es su dedo índice. ¿Qué parte del cerebro, al dañarse, provoca tal situación? Las enfermedades neurológicas se manifiestan de modos esquivos y extraños. Hay un tipo de ataque epiléptico que se activa al cepillarse los dientes. Y extraños trastornos de parálisis temporal que acontecen tras ingerir alimentos salados.

Empecé mi formación profesional en neurología en 1995, con la expectativa de tratar a personas que padecían enfermedades cerebrales, nerviosas y musculares, enfermedades como esclerosis múltiple, ictus, migraña y epilepsia. Jamás habría anticipado cuánto me seduciría tratar las enfermedades cuyo origen no está en el cuerpo, sino en la mente.

Los ejemplos de cómo afecta la mente al cuerpo abundan por doquier. Algunos son tan comunes que ni siquiera se contemplan como algo extraordinario. Las lágrimas no son sólo agua salada que producen unos conductos en el ojo. Son la respuesta fisiológica a un sentimiento. Lloro cuando estoy triste, pero la felicidad puede provocar exactamente el mismo efecto. En ocasiones, es un recuerdo lo que hace aflorar las lágrimas o una pieza de música o una pintura. Tanto la ira como la risa provocan lágrimas. Y esa espontaneidad de las lágrimas siempre me ha fascinado.

El cuerpo expresa las emociones de múltiples maneras. Nos sonrojamos cuando los vasos sanguíneos de la cabeza y el cuello se dilatan y se llenan de sangre. Se trata de un cambio físico instantáneo que se aprecia en la superficie pero refleja una sensación de vergüenza o felicidad interior. Cuando me sucede, soy incapaz de controlarlo. Y ése es un punto importante. Mis sonrojos revelan mis emociones y no tengo manera de detenerlos, cosa que me abochorna aún más.

En ocasiones, las reacciones corporales son más espectaculares que un leve rubor o unas lágrimas derramadas. Incluso las respuestas exageradas que el cuerpo da a algunas emociones resultan fáciles de aceptar si las circunstancias acompañan. A principios del siglo XIX, en *Roma, Nápoles y Florencia*, el novelista francés Stendhal describió qué sintió al contemplar por vez primera los magníficos frescos de Florencia: «Me latía el corazón, la vida se me había desvanecido, caminaba con temor a caer». La descripción de Stendhal puede antojarse extrema a algunas personas, mientras que a otras les parecerá absolutamente normal que, el día en que uno contempla por primera vez los frescos de Giotto, las piernas le tiemblen y el corazón se le acelere.

Abundan los ejemplos modernos de esa tendencia a desmayarse a causa de la emoción. Basta con pensar, por ejemplo, en las jóvenes que se desmayan en los conciertos de música pop. Por supuesto, muchos de estos desvanecimientos se explican fácilmente en atención a la fisiología del cuerpo. En medio de la muchedumbre y de un calor sofocante, los vasos sanguíneos de la joven se dilatan para refrigerarla, la acumulación de sangre en el lecho venoso hace que le baje la sangre de la cabeza y, por un momento, su cerebro queda privado de oxígeno, la joven se desmaya y pierde la conciencia. La causa de su desmayo es la respuesta física del cuerpo a un impulso físico.

No obstante, cuando los científicos examinaron este fenómeno demostraron que no era ésta la causa de todas las

adolescentes embelesadas que se desvanecían. En 1995, el *New England Journal of Medicine* publicó un artículo donde se entrevistaba a diversas muchachas que se habían desmayado en conciertos. De las 400 entrevistadas que requirieron atención médica, sólo cuarenta fueron examinadas. Dieciséis de ellas quedaron inconscientes a consecuencia de un desvanecimiento cuya explicación más plausible eran detonantes físicos: el calor y la deshidratación habían provocado una bajada de tensión sanguínea, la sangre había dejado de irrigar momentáneamente el cerebro y se habían desmayado. Otras habían tenido un ataque de pánico al sentirse atrapadas en una multitud, lo cual había provocado en ellas una hiperventilación que había constreñido los vasos sanguíneos que canalizan la sangre hacia el cerebro y, de nuevo, habían perdido la conciencia momentáneamente. Sin embargo, los médicos observaron también que no todos los desvanecimientos podían atribuirse al calor, la deshidratación y la presión del gentío; algunos de ellos habían estado causados por otro desencadenante: un subidón de emoción abrumador. Un colapso emocional, sin causa física que lo explicara.

La mayoría de nosotros aceptamos sin más estos fenómenos tan frecuentes. Estamos familiarizados con el temblor que notamos en la mano al agarrar el bolígrafo para estampar nuestra firma de recién casados en el Registro Civil o cuando nos ponemos en pie para hacer una presentación que no nos apetece. Son respuestas fisiológicas del cuerpo al estrés. Cumplen un cometido incluso aunque éste no siempre sea evidente. Pertenecen al impulso que hacía que el corazón de los cavernícolas latiera más rápido para poder escapar corriendo de los peludos mamuts. Ahora bien, ¿qué sucede si este tipo de respuesta física normal deja de funcionar bien? Al fin y al cabo, todas las funciones de nuestro cuerpo que nos permiten vivir pueden fallar. Cualquier célula activa puede crecer desproporcionadamente y formar un tumor. O puede dejar de crecer, como ocurre en el caso de la



alopecia, por ejemplo. Y cualquier sustancia química puede producirse en exceso o en defecto, como sucede en el caso de la glándula tiroidea hiperactiva o hipoactiva. De la misma manera, en ocasiones las respuestas físicas que nuestros órganos dan al estrés son excesivas. Y cuando así sucede, algo que era normal deja de serlo y se instaura la enfermedad.

El término «psicosomático» designa los síntomas físicos provocados por motivos psicológicos. Las lágrimas y el sonrojo son algunos ejemplos, si bien son respuestas normales que no presuponen ninguna enfermedad. Sólo cuando los síntomas psicosomáticos exceden la normalidad y dificultan o impiden nuestra capacidad para funcionar o ponen en peligro nuestra salud hablamos de enfermedad. A la sociedad moderna le gusta creer que la mente puede ayudarnos a sanar. Cuando no nos sentimos bien, nos decimos que, si adoptamos una actitud mental más positiva, tendremos más posibilidades de recuperarnos. Estoy convencida de que así es. Ahora bien, la sociedad no es plenamente consciente de la frecuencia con la que las personas hacemos justo lo contrario y, de manera involuntaria, enfermamos con el pensamiento. Sin duda, hay diversos trastornos médicos que acostumbra a asociarse con el estrés. La mayoría de nosotros sabemos que el estrés nos sube la tensión arterial y nos hace más vulnerables a padecer úlceras de estómago. Pero ¿cuántos de nosotros somos conscientes de la frecuencia con la cual nuestras emociones pueden provocar una incapacidad grave sin que exista ninguna enfermedad física que la explique?

Los trastornos psicosomáticos son enfermedades en las que una persona sufre síntomas físicos significativos que le provocan una angustia y una incapacidad reales y que no se corresponden con los resultados de las exploraciones físicas o las pruebas médicas que se le realizan. Son trastornos médicos únicos. No obedecen a patrones. Pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. En algunas personas pueden provocar do-

lor, como ocurre en el caso de los niños que experimentan dolor de barriga cuando los acosan en la escuela. En otras, puede afectar al corazón. No es extraño que alguien que atraviesa un período de estrés note taquicardia. Esta clase de síntomas es bastante frecuente, pero las enfermedades psicosomáticas también pueden manifestarse de modos más extremos, como parálisis, convulsiones e incluso algún tipo de incapacidad. Son trastornos de la imaginación a los cuales sólo ésta pone límites. Imagine cualquier síntoma físico y piense que, en algún momento, la mente de una persona lo ha reproducido.

De media, cada día un tercio de las personas que consultan al médico de cabecera presentan síntomas que, médicamente, se consideran inexplicables. Desde luego, no todos los síntomas sin explicación médica son psicosomáticos. Algunas de estas personas pueden tener enfermedades pasajeras que las exploraciones habituales no revelan. Multitud de infecciones víricas, por ejemplo, no aparecen en los análisis rutinarios. Vienen, se van y nunca sabemos exactamente qué eran, pero, una vez nos sentimos mejor, la causa exacta deja de preocuparnos. Otras personas están claramente indispuestas y así lo demuestran los resultados anormales que arrojan sus exploraciones físicas o bien las anomalías que reflejan sus análisis, si bien no es posible determinar aún la causa. Siempre habrá enfermedades que sobrepasen los límites del conocimiento científico. Cada año, la comunidad científica descubre la causa de afecciones médicas previamente inexplicadas, de manera que algunas personas obtendrán un diagnóstico a tiempo. Sin embargo, entre las personas con síntomas físicos inequívocos pero sin diagnóstico hay un amplio grupo en el que no es posible detectar ninguna enfermedad, por la sencilla razón de que no existe. En dichas personas, los síntomas sin explicación médica están presentes, de manera parcial o integral, pero responden a motivos psicológicos o conductuales.

Las enfermedades psicosomáticas son un fenómeno mundial que no tiene nada que ver con ninguna cultura ni sistema de sanidad pública. En 1997, la Organización Mundial de la Salud acometió un estudio colaborativo para analizar la frecuencia con que se registraban síntomas psicosomáticos en ambulatorios de quince ciudades de todo el planeta. Entre ellas se incluían ciudades de Estados Unidos, Nigeria, Alemania, Chile, Japón, Italia, Brasil y la India. Los centros cuantificaron la frecuencia de «síntomas sin explicación médica» (es decir: donde se sospechaba la existencia de una causa psicosomática). El estudio demostró que, si bien la forma más grave de trastornos psicosomáticos es poco frecuente, no ocurre lo mismo con las formas más leves. La conclusión fue que hasta el veinte por ciento de los pacientes que acudían al médico presentaban al menos seis síntomas sin explicación médica, una cifra suficiente para obstaculizar de manera significativa su calidad de vida. Otro dato interesante que revelaba el estudio es que las tasas de síntomas sin explicación médica eran similares en los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. Las diferencias en la disponibilidad de asistencia sanitaria no afectaban a la prevalencia del trastorno. Los afectados en todos los países eran usuarios habituales de los servicios médicos y presentaban un alto grado de incapacidad que redundaba en horas de trabajo perdidas.

Unos trastornos tan comunes, que se dan en el veinte por ciento de pacientes en todo el mundo, tienen de manera innegable un impacto económico en los servicios sanitarios. No obstante, es sumamente difícil cuantificarlos. Quienes han intentado hacerlo han detectado unas cifras desconcertantes. En 2005, un estudio llevado a cabo en Boston reveló que las personas con tendencia a desarrollar afecciones psicosomáticas cuestan a la sanidad pública el doble que el común de los ciudadanos. Tales resultados se extrapolaron para hacer un cálculo aproximado del coste anual de los

trastornos psicosomáticos en Estados Unidos... y la cifra ascendió a 256.000 millones de dólares. Para ponerlo en perspectiva, en 2002, la diabetes, una enfermedad común con múltiples complicaciones con riesgo para la vida, representaba un coste anual de 132.000 millones de dólares.

Los trastornos psicosomáticos no son trastornos neurológicos. Se enmarcan en los campos de la psicología y la psiquiatría. Yo no soy psiquiatra, soy neuróloga. En un principio, mi interés por los trastornos psicosomáticos y mi contacto con ellos podría antojarse carente de sentido, hasta que uno constata, claro está, que si he visto a tantos pacientes afectados por estos trastornos es precisamente porque no soy psiquiatra. A fin de cuentas, si usted se desmayara o tuviera una cefalea intensa, ¿acudiría a un psiquiatra en busca de ayuda? Los trastornos psicosomáticos son síntomas físicos que enmascaran aflicciones emocionales. El hecho mismo de presentar síntomas físicos oculta el malestar de raíz, de ahí que lo natural sea que los afectados busquen una enfermedad médica que explique su sufrimiento. Y así, acuden a médicos, no a psiquiatras, para que los diagnostiquen. Quienes experimentan dolor abdominal acuden a un gastroenterólogo; quienes tienen palpitaciones visitan a un cardiólogo; quienes ven borroso recurren a un oftalmólogo, y así sucesivamente. Y dado que cada tipo de especialista ve una forma distinta de enfermedad psicosomática y la etiqueta y trata de un modo diferente, puede resultar muy difícil apreciar el alcance global del problema.

Los dos síntomas psicosomáticos más frecuentes son el cansancio y el dolor. Son síntomas difíciles de evaluar porque no pueden medirse de manera objetiva; sólo pueden describirse. Sin embargo, para un neurólogo las enfermedades psicosomáticas suelen manifestarse como una pérdida de funciones, como una parálisis o una sordera. El paciente experimenta de manera subjetiva estos déficits, pero existen modos de verificarlos y cuantificarlos de manera objetiva, al

menos en parte. El neurólogo es capaz de diferenciar con bastante fiabilidad una incapacidad debida a una enfermedad física orgánica de una provocada por una causa psicológica. En consecuencia, el neurólogo suele enfrentarse a un diagnóstico de enfermedad psicosomática con más frecuencia que otros especialistas. De ahí mi interés por esta materia.

Hasta un tercio de los pacientes que acuden a una clínica de neurología general presentan síntomas neurológicos inexplicables y, en esas personas, suele sospecharse que el origen es una causa emocional. Al paciente le resulta muy duro digerir la noticia de que su enfermedad física podría tener una causa psicológica. Se trata de un diagnóstico difícil de entender, por no hablar ya de asimilar. Por otro lado, los médicos también pueden mostrarse reacios a emitirlo, en parte por temor a enojar a sus pacientes y en parte por temor a que se les haya pasado algo por alto. Por ende, los pacientes suelen encontrarse atrapados en una zona entre los mundos de la medicina y la psiquiatría, y ninguna de las dos comunidades asume la responsabilidad plena por ello. Quienes se enfrentan a un diagnóstico de esta índole pueden buscar la opinión de médico tras médico con la esperanza de encontrar una explicación distinta: una validación de su sufrimiento. La obtención reiterada de resultados normales en los análisis los decepciona y, desesperados, buscan otra respuesta. Algunos se sienten arrinconados y forzados a aceptar el papel de ser alguien no diagnosticado, alguien a quien no puede ayudarse, porque cualquier opción se antoja mejor que la humillación de tener un trastorno psicológico. La sociedad es sentenciosa con las enfermedades psicológicas, y los pacientes lo saben.

Cuando inicié mi carrera médica, yo misma tenía una concepción de la enfermedad psicosomática algo distinta. En comparación con los de las enfermedades «reales», los pa-

cientes con enfermedades psicosomáticas no daban la talla. Mi interés por ellos fue aumentando poco a poco y, al aceptar un nuevo empleo, pasé de una exposición gradual inicial a zambullirme de pleno en este campo.

Como la mayoría de los médicos, tuve mi primer contacto con la enfermedad psicosomática durante mis estudios. La primera vez que conoces a un paciente con una enfermedad física para cuyos síntomas no existe explicación médica, lo despachas sin más. Estudias para aprender sobre las enfermedades y estos pacientes no tienen nada que enseñarte. Luego te licencias, empiezas las prácticas como médico residente y ejerces el papel de una especie de servicio de triaje. A menudo te sitúas en la línea de frente, donde intentas elaborar un diagnóstico, que sometes a la aprobación del médico especialista. Y das prioridad al paciente que consideras más enfermo. Las personas que aguardan en la sala de espera con dolores crónicos inexplicables suelen ocupar los últimos puestos en tu lista. Si nadie ha sido capaz de explicar cuál es su dolencia, es poco probable que tú puedas hacerlo. Puntúas la enfermedad no por lo angustiante que le resulta al paciente, sino en función de tus ideas acerca de lo que constituye una enfermedad grave. Y en este aspecto, paciente y médico no siempre están de acuerdo.

Una vez empecé mi formación en neurología, mi relación con los trastornos psicosomáticos fue en aumento. Fui cobrando conciencia de que muchas de las personas que cruzaban la puerta de nuestra clínica presentaban síntomas más relacionados con el estrés que con una enfermedad cerebral o nerviosa, pero, al igual que muchos de mis colegas, consideraba que mi papel era descartar enfermedades neurológicas. Y una vez lo había hecho, me consideraba absuelta de toda responsabilidad adicional. Dada la naturaleza rotativa de los puestos de formación, podía ver a un paciente una sola vez en la vida, de manera que era una postura cómoda de adoptar. «Buenas noticias: no hemos encontrado ningún tu-

mor cerebral. Sus cefaleas no tienen una causa grave.» Y adiós muy buenas.

Entonces conocí a Brenda. Aquella primera vez, como en la mayoría de nuestros encuentros posteriores, estaba inconsciente. Brenda había acudido a urgencias tras padecer varios ataques epilépticos. El médico de guardia la había examinado y había dispuesto que la ingresaran. Estábamos en la planta cuando llegó. Todo el mundo retrocedió del susto al ver la camilla avanzando a toda prisa por el pasillo hacia nosotros. Brenda había permanecido estable en urgencias, pero, mientras el camillero la conducía a la sala de ingresos, le habían vuelto a comenzar las convulsiones. El camillero y la enfermera que la acompañaban habían echado a correr. En la sala se le colocó enseguida una máscara de oxígeno, mientras dos enfermeras intentaban sin éxito ponerla sobre un costado. La camilla había detenido su avance frente a la sala de enfermería y el resto de los pacientes y sus familiares se asomaban para curiosear qué sucedía. Apareció entonces una enfermera con una jeringuilla cargada de diazepam y me la entregó para que se la administrase a Brenda. Intenté agarrarle el brazo, pero, con la agitación, se me escapaba todo el rato de la mano.

Acudió un segundo médico a ayudarme y logramos sujetarle el brazo, pese a que se revelaba contra nosotros. Le administré despacio la inyección. Nos apartamos y esperamos a que hiciera efecto, pero no se produjo ningún cambio. Notaba todos aquellos ojos clavándoseme en la nuca y sentí un gran alivio cuando el otro médico solicitó a gritos que llamaran al anestesista. Brenda llevaba experimentando convulsiones intermitentes durante diez minutos cuando llegó el equipo de cuidados intensivos; el único medicamento que podíamos suministrarle de manera segura en aquella sala se lo habíamos administrado ya dos veces, en vano. Toda la sala suspiró de alivio al ver al camillero y al anestesista darle la vuelta a la camilla de Brenda y llevársela de allí a toda prisa.

Me costó reconocer a Brenda cuando la vi al día siguiente. Estaba en la unidad de cuidados intensivos, intubada, con la respiración controlada mediante un ventilador. Un segundo tubo le entraba por la nariz y descendía hasta su estómago. Tenía los ojos cerrados con esparadrapo y el cabello recogido en una coleta bien tensa. Seguía teniendo convulsiones descontroladas, motivo por el cual se le había inducido un coma. Cada vez que el médico de cuidados intensivos probaba a retirar la sedación y despertarla, las convulsiones comenzaban de nuevo. Durante los dos días que siguieron se le administraron medicamentos antiepilépticos en dosis cada vez más elevadas. Y en el transcurso de aquellos dos días, Brenda se volvió cada vez más irreconocible. Su piel se volvió cerúlea y pálida y se le hinchó muchísimo el estómago, pero las convulsiones no mejoraban.

Al quinto día nos reunimos todos alrededor de su cama y la observamos. La especialista en neurología había solicitado estar presente la siguiente vez que le retiraran la sedación. Al cabo de sólo diez minutos empezaron a aparecer las primeras señales del despertar de Brenda. Tosió mientras intentaba arrancarse el tubo de respiración y empezó a aferrarse con las manos a cualquier cosa que estuviera a su alcance.

—Brenda, ¿cómo te encuentras? Estás en el hospital, todo está controlado —la tranquilizó la enfermera con un apretoncito en la mano.

Brenda abrió los ojos con un rápido parpadeo y volvió a estirar del tubo de respiración.

—¿Podemos retirárselo? —preguntó la enfermera, pero el médico de cuidados intensivos contestó que todavía no.

Brenda miró fijamente a los ojos a la enfermera, a quien identificó al instante como la persona más amable de aquella habitación. Tosió y se le empezaron a deslizar lágrimas por el rostro.

—Has tenido un ataque epiléptico, pero ya ha pasado.



La pierna izquierda de Brenda empezaba a temblar de nuevo.

—Vuelve a tener convulsiones. ¿La sedamos otra vez? —preguntó alguien.

—No —respondió la neuróloga especialista.

Para entonces, el temblor se había propagado a la otra pierna y se había vuelto más virulento. Brenda, que había abierto los ojos en señal de alerta, volvió a cerrarlos despacio. A medida que las convulsiones fueron subiéndole por el cuerpo, la máquina que calculaba el descenso de sus niveles de oxígeno empezó a pitar tras ella.

—¿Ya? —inquirió una voz tensa, con una jeringuilla cargada en mano, lista para inyectarla.

—Esto no es un ataque epiléptico —respondió la especialista, tras lo cual se produjo un intercambio de miradas—. Retírenle el tubo traqueal —añadió.

—Pero la saturación de oxígeno ha descendido —replicó alguien.

—Sí, porque contiene la respiración. Respirará de nuevo dentro de un momento.

Con el rostro rojo, Brenda arqueó la espalda hacia atrás mientras sus extremidades se agitaban violentamente.

Permanecemos todos alrededor de su cama, conteniendo también la respiración, por empatía.

—Esto no es un ataque epiléptico, es un pseudoataque —informó la neuróloga, y mientras lo hacía, para nuestro inmenso alivio, Brenda tomó una respiración profunda.

Media hora más tarde, Brenda estaba consciente y sentada en la cama, con grandes lagrimones resbalándole por las mejillas. Aquella fue la última vez que la vi y la única en que la vi plenamente consciente. Brenda y yo nunca intercambiamos una palabra.

Más tarde, aquel mismo día, mientras me hallaba en la sala del hospital donde los médicos tomábamos el café, con otros colegas en prácticas, les expliqué el caso de Brenda.

—¿Sabéis esa mujer que ha estado anestesiada gran parte de la semana en cuidados intensivos? Pues al final no tiene epilepsia. ¡No le pasaba nada!

Transcurrirían varios años antes de que yo fuera consciente del peligro que había afrontado Brenda. Y aún tardé algo más en entender lo injustas que habían sido mis palabras hacia ella. A lo largo de mi formación posterior comencé a entender mejor los trastornos psicósomáticos. Sin embargo, hasta que no completé las prácticas no acabé de madurar como médico.

En 2004 me asignaron mi primer puesto como especialista y, con éste, se produjo el mayor cambio de mi práctica médica. Tras años como médico titular, pensaba que sabía lo que significaba la responsabilidad, pero en cuanto me tocó adoptar las decisiones finales por mí misma, supe que no era así. El peso de la toma de decisiones es muy distinto cuando no tienes a nadie por encima que te diga si lo que hiciste fue acertado o no. Sólo la recuperación del paciente puede darte la razón.

El puesto específico que escogí también ayudó, aunque, al principio, no sabía exactamente a qué me enfrentaba. Me había formado en dos especialidades: neurología y neurofisiología clínica. La neurología me cualificaba para ocuparme de pacientes con enfermedades del sistema nervioso y la neurofisiología clínica me enseñó cómo llevar a cabo exploraciones especializadas en los nervios y el cerebro. Mi primer empleo como especialista cubría ambas áreas, si bien mi cometido principal fue estudiar a pacientes con epilepsia que no parecían recuperarse con un tratamiento estándar. Lo que percibí es que en torno al setenta por ciento de las personas que me transferían con ataques epilépticos mal controlados no reaccionaban al tratamiento antiepiléptico porque no tenían epilepsia. Las causas de sus convulsiones eran puramente psicológicas.

Cada vez veía a más pacientes cuya enfermedad podía clasificarse con más tino como psicológica que neurológica. Y cada persona con quien topaba tenía una historia que contar. Con demasiada frecuencia, esa historia era la de un largo periplo por el sistema hospitalario que les había provocado una gran insatisfacción por no entender qué les sucedía. Pocas de ellas recibían tratamiento y pocas se recuperaban. Presencí un padecimiento que se había prolongado durante años y me quedó claro que ya no me resultaría aceptable explicarles a mis pacientes qué enfermedades se habían descartado en su caso y considerar que había cumplido con mi deber. Para poder ayudar a mejorar alguna vez a alguien tendría que empezar a ser más proactiva. Por primera vez entendí claramente la seriedad de aquel trastorno y cómo los pacientes luchaban por recuperarse... y rara vez lo hacían.

Desde aquellos primeros tiempos he conocido a personas cuya tristeza era tan sobrecogedora que no podían tolerar sentirla y, en lugar de hacerlo, desarrollaban incapacidades físicas. Contra toda lógica, sus subconscientes escogían dejarlas paralizadas por convulsiones o confinadas a una silla de rueda antes que experimentar la angustia que las invadía por dentro. He aprendido mucho trabajando con personas que continúan batallando pese a la crudeza y el enjuiciamiento con que las trata la sociedad. Y me ha abrumado el grado de incapacidad que puede generar una enfermedad psicósomática. Al principio, a veces tenía que lidiar con el recelo que despertaban en mí los pacientes, con mis preguntas sobre cómo eran por dentro y cuáles eran sus motivos. Algunas de sus incapacidades eran tan graves que no siempre resultaba fácil creer que la causa era el subconsciente. He compartido la lucha de mis pacientes por aceptar el poder de la mente sobre el cuerpo. He percibido su frustración al comprobar cómo les falla el sistema y su ira al detectar cómo se los percibe. En este libro narraré las historias de algunas de las valientes personas con quienes me he cruzado

en la vida. Me he cuidado mucho de proteger la identidad de mis pacientes. Todos los nombres y detalles personales se han modificado por completo, sin alterar por ello los elementos esenciales de sus historias. Espero ser capaz de comunicar al lector lo que mis pacientes me han enseñado. Quizá de este modo, futuros pacientes, personas como usted y como yo, como nuestros amigos, familiares y colegas, no se sientan tan apabullados y solos.

Antes de empezar es preciso aclarar alguna terminología. Hasta el momento, para simplificar la lectura, he empleado el término «psicosomático» para referirme a cualquier síntoma físico que no pueda atribuirse a ninguna enfermedad y cuya causa más probable sea psicológica. Ahora bien, afirmar que alguien padece un trastorno psicosomático no equivale a emitir un diagnóstico concreto; se trata de un término paraguas que abarca distintos diagnósticos. Y lo mismo ocurre con la expresión «síntomas sin explicación médica», una especie de clave que la comunidad médica utiliza para aludir a síntomas que se cree que están relacionados con el estrés y que no se atribuyen a ninguna enfermedad física. Continuaré empleando las expresiones «psicosomático» y «síntomas sin explicación médica» en este sentido general en las páginas de este libro. También emplearé el término «psicogénico» para referirme a los síntomas cuyo origen los médicos atribuimos convencidos al estrés o a una alteración psicológica.

No obstante, los términos «psicosomático» y «psicogénico» no siempre serán apropiados. Estas etiquetas conllevan asunciones. Ambas contienen el prefijo «psico-», que presupone que un síntoma se origina en la mente, normalmente a causa de un malestar emocional o mental. En el caso de algunos pacientes, en concreto en aquéllos completamente ajenos a la existencia de un detonante psicológico, estos tér-

minos resultan a la par alienantes y potencialmente incorrectos. En ocasiones, los sustituiré por el término «funcional». Se trata de un término puramente descriptivo que denota que un síntoma no tiene explicación médica, pero que no plantea ningún juicio acerca de una causa concreta.

Para aclarar aún más la diferencia entre estas etiquetas, imagine a una mujer que haya sido víctima de una agresión sexual grave y al poco desarrolle una parálisis inexplicable en las piernas. A la luz del trauma conocido, una vez se descartan las enfermedades médicas, la parálisis podría describirse de manera razonable como psicósomática y psicogénica. En cambio, si una mujer desarrolla una parálisis sin explicación médica sin que exista ningún trauma anterior conocido, su parálisis se tildaría, en un primer momento, de funcional. Este término indica que el sistema neurológico no está funcionando como debería y que no se ha detectado ninguna enfermedad, pero no apunta a ningún porqué. Muchos médicos emplean estos términos de manera intercambiable, pero para el paciente la distinción entre ellos es vital.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*DSM* por sus siglas en inglés) es la biblia que los psiquiatras utilizan para diagnosticar las enfermedades psicológicas y psiquiátricas y no recoge el término «trastorno psicósomático». Las afecciones que describo en este libro se incluyen actualmente con más precisión en la clasificación del *DSM* de «síntomas somáticos y trastornos relacionados». Dicha categoría engloba varias subclasificaciones. Cada una de ellas está concebida para ayudar al médico a emitir un diagnóstico, pero algunas etiquetas no resultan fáciles de exponer al paciente. Bajo esta cabecera, el *DSM* describe las siguientes enfermedades: trastorno de síntomas somáticos, trastorno de conversión, factores psicológicos que afectan a trastornos médicos y trastorno somático inespecífico.

El «trastorno de síntomas somáticos» se caracteriza por la presencia destacada de síntomas (corporales) somáticos

que provocan malestar y afectan al correcto desarrollo de la vida normal sin que exista ninguna explicación médica o bien una explicación muy somera. El dolor es el síntoma más destacado. Puede ir acompañado por casi cualquier otra clase de síntoma, como cansancio o diarrea. La clave aquí no es el síntoma en sí, sino el comportamiento que lo rodea. Es decir, si la inquietud por la salud provoca una preocupación desmedida, ansiedad o una energía excesiva. No se trata sólo de notar dolor, sino que lo importante es evaluar en qué medida ese dolor inhabilita a la persona. Hay quien al principio deja de practicar ejercicio. Luego, al no disminuir el dolor, deja también de trabajar. Y más adelante empieza a eludir las actividades normales de la vida cotidiana.

Es importante distinguir entre los términos «somatización» y «trastorno de síntomas somáticos». La somatización alude a la tendencia de una persona a presentar síntomas físicos en respuesta al estrés o las emociones. De este modo, por ejemplo, si ante una situación de presión me duele la cabeza, podría decirse que estoy «somatizando». Ahora bien, la somatización no conduce necesariamente a un trastorno de síntomas somáticos. Somatizar es un rasgo común, casi normal, en la vida. Se trata de un mecanismo básico mediante el cual el cuerpo demuestra un malestar mental. Si los síntomas son transitorios y no inhabilitan demasiado a la persona, no indican enfermedad ni constituyen un trastorno de síntomas somáticos. Tal diagnóstico sólo puede efectuarse cuando dichos síntomas son crónicos e incapacitantes.

El trastorno de síntomas somáticos es un problema médico poco frecuente y devastador que representa un extremo de un espectro de diagnósticos. Describe a una persona a quien múltiples síntomas incapacitan de manera grave y crónica y con escasas posibilidades de recuperación. En el otro extremo del espectro se sitúan los «trastornos inespecíficos y somáticos breves» que pueden aparecer de manera puntual

en la vida de una persona y causar estragos durante períodos más cortos o en menor grado. Las enfermedades de esta índole sí son frecuentes. Un ejemplo de ellas sería padecer un dolor en las articulaciones sin una causa determinada que incapacita e interfiere en la vida, si bien no está acompañado de otros múltiples síntomas y acaba por desaparecer.

El trastorno de conversión es la forma neurológica de un trastorno de síntomas somáticos. En gran medida se aplican las mismas reglas: sigue tratándose de una afección en la que la incapacidad no puede atribuirse a ninguna enfermedad, si bien, en este caso concreto, los síntomas son neurológicos. Así, en lugar de notar un dolor que constituye el principal síntoma incapacitante, puede perderse la fuerza en una extremidad o pueden experimentarse convulsiones o pérdida sensorial.

Los trastornos de conversión también se conocen como «trastornos neurológicos funcionales» y, en un número muy reducido de casos, como «trastornos disociativos». En el pasado, los trastornos de conversión se conocían por los nombres de «conversión histérica» o «histeria». Cuando yo utilice el término histeria, lo haré en su sentido histórico, y no tal como se emplea hoy en día. En la actualidad, se describe como histeria un brote de emoción irracional, mientras que antaño el mismo término aludía a un diagnóstico médico de síntomas sin explicación, en su mayoría neurológicos. En este libro, los términos «histeria» y «trastorno de conversión» se emplearán para aludir a la misma enfermedad en distintas épocas.

Cabe destacar que un trastorno somático o de conversión puede combinarse o no con una enfermedad física. Tales trastornos no presuponen que no exista ninguna enfermedad. En ocasiones sí que existe un diagnóstico médico de una enfermedad, pero la incapacidad es desproporcionada. Es entonces cuando entra en juego la clasificación de «factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas».

Imagine a una persona con asma. Con tratamiento, está estable y las pruebas de funcionamiento de los pulmones son normales; cuando el médico la ausculta, no nota pitidos y se oye cómo los pulmones se llenan de aire. Existe, por tanto, una enfermedad que se considera controlada médicamente, pero la persona sigue notando que le falta la respiración. Si el asma está bien controlado y no explica los síntomas que experimenta, entonces dichos síntomas pueden considerarse con bastante certeza potencialmente psicossomáticos o funcionales. O pongamos por caso una persona con hipotiroidismo, una enfermedad que provoca cansancio. Toma pastillas de hormonas para mantener un funcionamiento correcto de la glándula tiroidea y los análisis de sangre muestran que el tratamiento ha devuelto sus niveles de hormonas tiroideas a la normalidad. Lo habitual sería que esa persona presentara síntomas mínimos de hipotiroidismo. Si continúa padeciendo un cansancio incapacitante inexplicable en relación con su tiroidea hipoactiva, entonces dicha fatiga podría considerarse psicossomática pese a la existencia de un problema médico subyacente.

En la práctica clínica real, todos estos términos diagnósticos se emplean de un modo bastante indiscriminado. No sería insólito que un mismo paciente viera a diversos médicos y cada uno de ellos le diera un diagnóstico distinto; así, uno de ellos podría indicarle que padece un trastorno de conversión; otro, un trastorno neurológico funcional, y un tercero, un trastorno psicossomático. En ocasiones, el médico utiliza el término que considera menos peyorativo o aquel que el paciente tiene más probabilidades de entender y asimilar. En cierta medida, reflejaré esa práctica en las historias que narre.

Por último, debo aclarar los términos «enfermedad», «orgánico» y «dolencia». Una enfermedad es una disfunción biológica del cuerpo. Implica una anormalidad fisiológica o una anormalidad estructural anatómica. Los términos «en-



fermedad» y «orgánico» aluden a trastornos patológicos del cuerpo, en oposición a los trastornos mentales.

«Dolencia» no es sinónimo de enfermedad. La dolencia (también llamada «padecimiento») es la respuesta humana a la enfermedad. Describe la experiencia subjetiva de la persona en cuanto a sus sensaciones, pero no implica que exista una patología subyacente. Una dolencia puede ser tanto orgánica como psicológica. Una persona puede tener una enfermedad y, en cambio, no padecer. Por ejemplo, una niña con epilepsia tiene una enfermedad, pero, si no experimenta convulsiones y la epilepsia es asintomática, no padece. Por otro lado, una persona con trastorno psicósomático tiene una dolencia y, en cambio, no tiene necesariamente una enfermedad.

Cada persona vive las dolencias a su propio modo, y ahí radica precisamente la diferencia entre enfermedad y dolencia. Recuerdo a un amigo que no era médico que se preguntaba por qué no era posible definir todas las características de una única enfermedad. Si lograra hacerse, podría crearse un mapa o una fórmula para todas las afecciones comunes y los médicos podrían incluso quedar obsoletos, pues cada cual podría introducir sus síntomas en un programa informático y en la pantalla aparecería un diagnóstico. Aquel amigo no había entendido la condición humana. No entendía en qué medida cada paciente influye en su propia enfermedad. La personalidad y la experiencia vital moldean la presentación clínica, la respuesta y el resultado de cualquier roce de una persona con una dolencia. Si se toma a cien personas sanas y se las somete a la misma lesión, se obtendrán cien respuestas distintas. Por eso la medicina es un arte.

Muchas de las personas de quienes hablaré en este libro padecen dolencias tan graves que sus vidas han quedado destruidas por completo. En cambio, la mayoría de ellas no tiene ninguna enfermedad. Y esa distinción es importantísima, pues afecta a la percepción de su incapacidad,

no sólo por parte de ellas mismas, sino de las personas que las rodean. A su vez, eso determinará todo lo que ocurra a partir de ese punto.

En la mayoría de los afectados, la aceptación del diagnóstico depende de cómo se perciba la dolencia. Quienes están preparados para aceptarla tienen más posibilidades de recuperarse. Sin embargo, para que eso ocurra, es preciso modificar algunos prejuicios y preconcepciones previos emparejados con las personas con dolencias psicosomáticas. Tales prejuicios y preconcepciones moldean la historia de cada paciente y constituyen una parte esencial de este libro.