

Dra. ROSA MOLINA

Prólogo de LAURA ROJAS-MARCOS



**UNA
MENTE
CON MUCHO
CUERPO**

**Entiende tus emociones
y cuida de tu salud mental**

PAIDÓS

DRA. ROSA MOLINA

**UNA
MENTE
CON MUCHO
CUERPO**

**Entiende tus emociones
y cuida de tu salud mental**

PAIDÓS Divulgación

1.ª edición, octubre de 2021

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 este 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 o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© Rosa Molina Ruiz, 2021
© de todas las ediciones en castellano,
Editorial Planeta, S. A., 2021
Paidós es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.
Avda. Diagonal, 662-664
08034 Barcelona, España
www.paidos.com
www.planetadelibros.com

Maquetación de interior: © Sacajugo.com
Ilustraciones de interior: © Shutterstock, © Mpj29/Wikimedia 4.0 (pág. 57), y © Science History Images/Alamy/ACI (pág. 102).

ISBN: 978-84-493-3862-5
Depósito legal: B. 10.480-2021

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como papel ecológico y procede de bosques gestionados de manera sostenible.

Impreso en España – *Printed in Spain*

SUMARIO



Prólogo de Laura Rojas-Marcos	11
Introducción	15
PRIMERA PARTE: POR QUÉ EL CUERPO VA PRIMERO.....	25
1. Poner el cuerpo en el centro	27
2. Conocer el cuerpo en sus coordenadas.....	46
3. Entender el mapa de las emociones corporales.....	69
4. Ir con tacto por la vida	97
SEGUNDA PARTE: PENSAR CON EL CUERPO	113
5. Decidimos con el cuerpo.....	115
6. Comunicamos con el cuerpo.....	158
TERCERA PARTE: CUERPO, MOVIMIENTO Y SOCIEDAD.....	177
7. Somos movimiento.....	179
8. Somos seres sociales.....	198
CUARTA PARTE: CUANDO EL CUERPO DICE BASTA.....	239
9. Las emociones a través del cuerpo.....	241
10. La enfermedad a través del cuerpo	259
11. El cuerpo y el paso del tiempo: envejecimiento.....	281
12. La adversidad como oportunidad.....	304
Conclusión	349
Agradecimientos.....	353
Notas	355
Bibliografía	363
Sumario detallado	371

Primera parte

**POR QUÉ EL
CUERPO
VA
PRIMERO**



CAPÍTULO 1

PONER EL CUERPO EN EL CENTRO



La psique y los pensamientos están también en el cuerpo

«No le pasa nada, es psicológico.»

Esta es una de las frases que más oí decir durante mi formación como residente en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, especialmente durante las guardias de Urgencias, que es cuando más interacción teníamos con los facultativos de las demás especialidades médicas.

Muchas veces venía un paciente al Servicio de Urgencias quejándose de trastornos gástricos y dolores por todo el cuerpo y el médico internista llamaba para informarte de que, en realidad, a este paciente «no le pasaba nada», pero que, por favor, fueras tú misma a valorarle. Los médicos que intuían que sí, que algo le pasaba pero que aquello no era competencia suya llegaban a decir que tenía «cosas raras», que debías ir a verle. La palabra *raro* describía cualquier tipo de conducta o síntoma para el que no hubiese una causa objetivable y que debiera ser valorado por un psiquiatra.

Pero, ojo, que en cuestión de frases estrella los psiquiatras no nos quedábamos atrás. Se presentaba en Urgencias un paciente de mediana edad, sin antecedentes psiquiátricos y con un inicio brusco de síntomas depresivos acompañados de desorientación y confusión, y automáticamente llamábamos al internista con el «regustillo victorioso» de quien sabe que su sospecha es acertada y que no está ante una depresión primaria como las que vemos en Psiquiatría, sino ante una depresión secundaria generada por otro proceso médico (por ejemplo, una infección) y que es la que produce tales síntomas. «Por favor, ven a valorar a este paciente para descartar algo orgánico», le decíamos al internista; o, peor aún: «Descarta que tenga algo médico y luego me llamas», como si lo

orgánico y lo médico no tuvieran que ver con la mente, con la psique. Es decir, los psiquiatras, pese a nuestra formación médica, establecíamos la misma división entre la parte más médica y la más psicológica, como si fuesen totalmente independientes.

Si bien esta forma de hablar nos permite entendernos entre los especialistas a la hora de determinar el origen principal del cuadro o saber dónde empiezan o acaban nuestras funciones en una urgencia, trazar una línea divisoria entre los síntomas psíquicos y los somáticos es una auténtica quimera. Todo síntoma tiene un contenido psíquico y se manifiesta a través del cuerpo, por lo que trastornos como la ansiedad, la depresión y las psicosis también se manifiestan en el cuerpo. Las lágrimas de un paciente con depresión mayor no son menos auténticas que las de un paciente con dolor por pancreatitis; ni el dolor en el pecho causado por un infarto es más real que el dolor en el pecho debido a la ansiedad. Tratar de separar lo psíquico de lo somático, confunde más que clarifica en muchas ocasiones. De hecho, la mayoría de los pacientes que acuden a Urgencias presentan síntomas idiopáticos (inespecíficos) y en esta incertidumbre tenemos que movernos los profesionales de la salud mental.

«Cuando vas por el medio, te dan por todos lados», me dijo una vez un compañero para explicar lo que nos pasa a quienes trabajamos en este campo tan complejo como ambiguo. Se refería al hecho de que la psiquiatría está en todo y puede no estar en nada; puede ser tan querida y aceptada como rechazada y cuestionada. Porque es una especialidad que no goza del suficiente respaldo científico para pertenecer a las ramas más puras de la medicina, ni es exclusivamente social o cultural como para pertenecer a las ramas más humanistas del conocimiento como la filosofía. A los psiquiatras una parte de la sociedad nos necesita y demanda (nos exige que tratemos, diagnostiquemos e ingresemos a pacientes) y en ocasiones se nos ve como «salvadores», pero al mismo tiempo se nos cuestiona y estigmatiza. Me gusta decir de mi especialidad: «La Psiquiatría, la especialidad de la que todo el mundo opina» (a diferencia de lo que ocurre en otras especialidades médicas). Porque es algo inherente a la complejidad del objeto que estudia y a los grados de incertidumbre con los que nos toca trabajar.

Ciertamente, la mente está en el centro, actúa por todo el cuerpo y lo recorre de cabo a rabo, y de ahí que lo psíquico esté presente en cualquier patología médica, en unas más que en otras, pero en todas sin excepción. A su vez, lo psíquico está también en lo físico, en el propio cuerpo, y se manifiesta a través de este.

Durante la residencia (los cuatro años de especialización que tenemos que hacer para obtener la titulación de psiquiatra tras acabar la carrera de Medicina) aprendí también que manejar la incertidumbre es una habilidad que se puede aprender, pero no aprehender. Uno sale de la carrera sabiendo diagnosticar una fibrilación auricular, un bloqueo de rama o una pancreatitis, pero sabe muy poco o nada de la psique, del complejo mundo de las emociones; ni siquiera tiene conocimiento de que el dolor psíquico es tan real y lacerante como el dolor físico.

La psique se manifiesta en todos nuestros órganos

La mente humana es una mezcla de cosas neurales, corpóreas e incluso extracorpóreas.

STEVEN PINKER

Aunque durante mucho tiempo se ha considerado que el sistema nervioso y el sistema inmune (el que nos protege de los elementos y células invasoras) eran campos totalmente separados, la investigación ha venido a demostrar que entre ambos existe una íntima relación: nuestra psique, el sistema nervioso, el sistema inmunitario y el endocrino funcionan coordinadamente para mantener el equilibrio y funcionamiento del organismo.¹ El sistema nervioso autónomo está conectado con los órganos y tejidos responsables del sistema inmune y en este inciden las hormonas que se segregan desde la glándula pituitaria, situada en el cerebro.

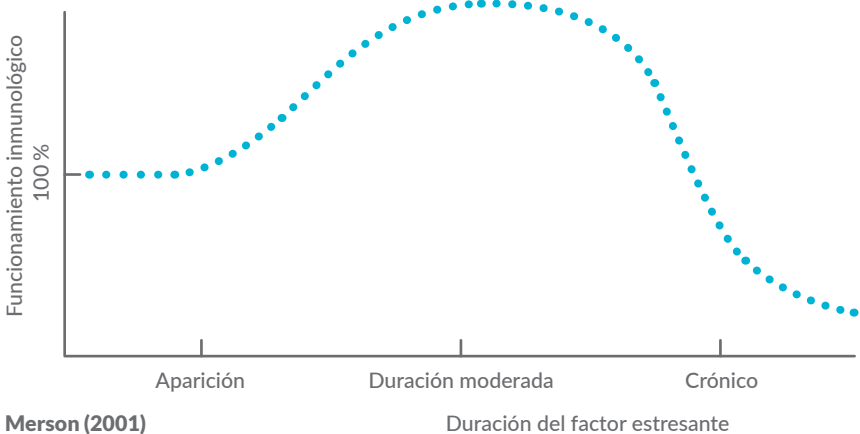
Uno de los ejemplos más claros de la relación existente entre la mente y el cuerpo lo hallamos en los efectos del estrés en nuestro sistema inmunitario. Tanto si se trata de un agente físico como si obedece a elementos psicológicos, el estrés inhibe nuestra respuesta inmunitaria, es decir, reduce nuestras defensas frente a los ataques externos, nos debilita, nos

hace más vulnerables, al suprimir los procesos de inflamación. Aparece tanto en primates, ratas, aves y otras especies animales como en humanos. Básicamente, se produce por la inhibición de los glucocorticoides,² las hormonas reguladoras que se liberan durante estos procesos, la más conocida de las cuales es el cortisol.

Esto no deja de ser sorprendente: ¿cómo es posible que nuestro sistema inmune se inhiba en una situación de estrés? Desde el punto de vista evolutivo no tiene mucho sentido. ¿No sería más lógico que nuestro sistema inmune no se inhibiese?

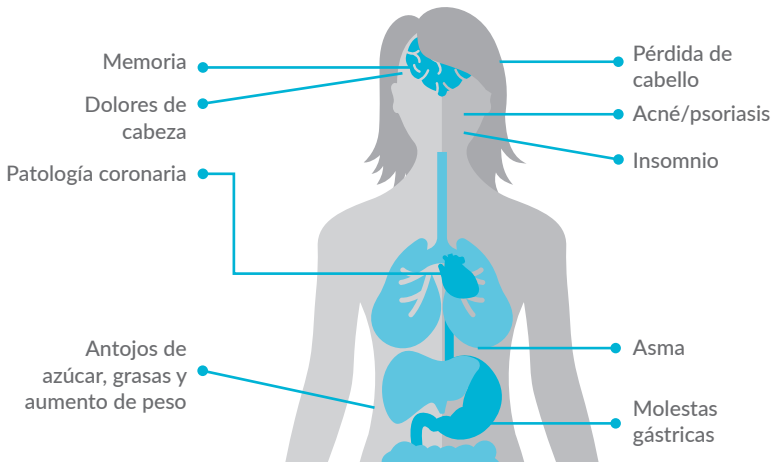
Si bien es normal que ciertos procesos del organismo se detengan para potenciar y dirigir la energía hacia las necesidades más inmediatas, no resulta lógico que el sistema inmune se inhiba en el largo plazo, como ocurre en el caso del estrés crónico. Ahora bien, como decía R. Sapolsky en su libro *¿Por qué las cebras no tienen úlceras?*, quizá la inmunosupresión provocada por el estrés es simplemente una consecuencia de otra cosa que sí es adaptativa.³

Hoy sabemos que la curva del estrés no es exactamente una curva que desciende drásticamente como consecuencia de una inhibición inmediata justo en el momento en que aparece el evento estresante. De hecho, la curva se parece más a una en la que inicialmente el sistema inmune se activa pero se desactiva en el largo plazo.



Ante un agente estresante, nuestras defensas se refuerzan o aumentan durante un corto período de tiempo. Ahora bien, cuando la situación se prolonga (estrés crónico), tanto el cortisol como el sistema simpático (el que nos prepara para la huida) comienzan a actuar de manera diferente: inhiben el sistema inmune (véase la curva) y debilitan el organismo, que tendrá entonces más probabilidades de enfermarse o de infectarse.⁴ ¿Quién no se ha percatado de que, en época de exámenes, en una mudanza o en las etapas difíciles de una relación amorosa, uno cae enfermo con mayor facilidad? Esto es consecuencia precisamente de la bajada de nuestras defensas, lo que nos hace más propensos a contagiarnos de virus y bacterias. Nuestro organismo ha quedado debilitado como consecuencia de algo que inicialmente parecía puramente abstracto, etéreo, mental. Esto prueba que lo psicológico lleva a cambios físicos.

¿SABÍAS QUE...?



Desde una perspectiva más técnica, hoy sabemos que el estrés produce una disminución de las células de defensa de nuestro organismo (disminuye el número de células B, que son las que generan anticuerpos, así como la funcionalidad de las células NK o *natural killer*). El cortisol puede frenar la liberación de las moléculas responsables de

iniciar la respuesta inmunitaria, es decir, de las citocinas. Esto provocará alteraciones en los diferentes órganos del cuerpo, que pueden manifestarse en forma de dolores musculares, cefaleas, temblores, molestias gástricas, cansancio, etc.

Pero, además, el estrés continuado puede llegar a producir cambios en el tamaño de una de las regiones más implicadas en la memoria, el hipocampo. Se ha observado que quienes han estado estresados de manera crónica tienen hipocampos más pequeños y presentan, por tanto, mayores déficits de memoria. Algo que resulta bastante natural: ¿quién no está más despistado y olvidadizo durante períodos de estrés?



Lo que cabe preguntarse es por qué ese aumento o potenciación inicial del sistema inmune no se mantiene en el largo plazo, cuando de esa manera estaríamos más protegidos frente a cualquier tipo de amenaza. Parece que la razón está en que un sistema en continuo estado de alerta máxima podría tener también consecuencias negativas. Por ejemplo, que el propio sistema de defensa, al estar activado en exceso, confundiera partes del organismo con elementos invasores y esto llevara a una respuesta o enfermedad autoinmune.

Entonces, ¿qué cantidad de estrés continuado ha de darse para que se produzca esta situación? Pues bien, no contamos con medidas concretas, ya que hay mucho de subjetivo en la forma de afrontar o adaptarse a las situaciones estresantes, pero lo que sí sabemos es que hay estilos de vida que nos pueden predisponer a ello y que existen factores que pueden ser catalogados como estresantes, cada uno de los cuales tiene unas puntuaciones más o menos estandarizadas. Te dejo una escala para que puedas ver tu puntuación en estrés psicológico.

¿SABÍAS QUE...?

Holmes y Rahe diseñaron una escala para medir el estrés psicológico —la llamada escala de reajuste social—, en la cual se presentan 43 experiencias estresantes con una puntuación estandarizada de

gravedad. Por ejemplo, a la muerte de cónyuge se le asignan 100 puntos dentro de esta escala, mientras que a un despido en el trabajo le asignan 47.

**—Escala de acontecimientos vitales de Holmes y Rahe, 1976—
Acontecimientos vitales que se han
sucedido en los 12 últimos meses**

• Muerte del cónyuge	100	• Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
• Divorcio	73	• Hijo o hija que deja el hogar	29
• Separación matrimonial	65	• Problemas legales	29
• Encarcelación	63	• Logro personal notable	28
• Muerte de un familiar cercano	63	• La esposa comienza o deja de trabajar	26
• Lesión o enfermedad personal	53	• Comienzo o fin de la escolaridad	26
• Matrimonio	50	• Cambio en las condiciones de vida	25
• Despido del trabajo	47	• Revisión de hábitos personales	24
• Desempleo	47	• Problemas con el jefe	23
• Reconciliación matrimonial	45	• Cambio de turno o de condiciones laborales	20
• Jubilación	45	• Cambio de residencia	20
• Cambio de salud de un miembro de la familia	44	• Cambio de colegio	20
• Drogadicción y/o alcoholismo	40	• Cambio de actividades de ocio	19
• Embarazo	39	• Cambio de actividad religiosa	19
• Dificultades o problemas sexuales	39	• Cambio de actividades sociales	18
• Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39	• Cambio de hábito de dormir	17
• Reajuste de negocio	39	• Cambio en el número de reuniones familiares	16
• Cambio de situación económica	38	• Cambio de hábitos alimentarios	15
• Muerte de un amigo íntimo	37	• Vacaciones	13
• Cambio en el tipo de trabajo	36	• Navidades	12
• Mala relación con el cónyuge	35	• Leves transgresiones de la ley	11
• Juicio por crédito o hipoteca	30		

PUNTUACIÓN:

Si uno observa bien la tabla, verá que el matrimonio puntúa muy alto entre los factores de estrés (50) y todavía más la separación (65), el divorcio (73) o la pérdida del cónyuge (100). Sin intención de

quitarle la ilusión a nadie, pero teniendo en cuenta que muchos matrimonios acaban en divorcio o en una pérdida dolorosa, cabe cuestionarse si realmente nos sale a cuenta establecer una unión matrimonial. Dado que el embarazo puntúa mucho menos en esta escala (40), en términos evolutivos puede que sea mucho más productivo deshacernos de los formalismos o rituales socioculturales y dedicarnos solo a tener hijos.

Pero al margen de estas divagaciones humorísticas, hay que matizar que estos instrumentos de medición tienen sus limitaciones, ya que siempre habrá otros factores que puedan explicar por qué difiere tanto nuestra vulnerabilidad frente al estrés. De ahí que posteriormente, y para situar en su lugar la subjetividad, se incluyera lo que se conoce como *medidas contextuales de los sucesos vitales*. Es decir, medidas que nos permitirán explicar que, por ejemplo, el fallecimiento de un vecino sea puntuado como algo muy grave cuando la persona que lo relata procede de un entorno rural aislado y el fallecido era una de las pocas personas con las que quedaba de vez en cuando.



El estrés viene modulado por factores psicológicos tales como las creencias personales, las formas de afrontar la adversidad, la pérdida de control, la ausencia de salidas o alternativas ante los problemas o la capacidad para predecir el futuro inmediato o a largo plazo.

Por ejemplo, nuestra capacidad para prever los agentes estresantes nos ayuda a disminuir nuestra reacción al estrés: «Le molestará un poquito», nos suele anticipar el dentista o el médico estético (ahora que están tan de moda las inyecciones de toxina botulínica, los rellenos, etc.), poniéndonos sobre aviso e influyendo en nuestra vivencia de mayor o menor estrés.

Un ejemplo relativo al manejo del control sería la forma en que vivenciamos el viaje en avión frente al viaje en coche, especialmente en aquellos con más aprensión a volar y con tendencia a albergar pensamientos irracionales que no pueden controlar. Muchas personas tienen pánico a volar pero no tienen miedo de ir en coche y esto es por el control que tienen o creen tener. Y ahí está la clave: es más importante creer que tener. Cuando conducimos, creemos que tenemos mayor control; sin embargo, es muy

probable que si tenemos un accidente en mitad de la autovía, este sea tan funesto como una catástrofe aérea.

Otras veces usamos esta misma vivencia de control para compadecer a alguien que, ante la pérdida repentina de un ser querido, se siente culpable por no haber hecho nada o no haber llegado a tiempo y cree que podría haber tenido el control sobre ello. Entonces le decimos eso de «No podías hacer nada, hubiese ocurrido igualmente...», con lo cual damos por hecho que esta persona no tenía el control que ella cree que podría haber tenido.

Pero, ojo, que todo esto (la capacidad de predecir o de mantener el control) es, una vez más, relativo y no se cumple en todas las situaciones estresantes. Dependerá de variables como el contexto, la intensidad del suceso, el tiempo de anticipación, etc. Pues, como puede imaginar el lector, no es lo mismo que el dentista nos avise una semana antes de que la intervención nos va a doler un poquito a que nos avise justo en el momento de actuar.

Podría decirse que la relación entre sistema inmune y estrés —y, por tanto, entre cuerpo y mente— no tiene fin. Y lo mismo sucede con la relación entre la psique y los sistemas digestivo, cardiológico y dermatológico, por ejemplo. De ahí que hablemos de psiconeuroinmunología o, ya puestos, de psico-neuro-inmuno-digestivo-dermo-cardio-endocrinología. Y de esto al *psiconeurotodo* no queda nada. La relación entre mente y cuerpo es, pues, innegable.

Todos los órganos y sistemas están íntimamente conectados con el cerebro. Seguro que dentro de un tiempo volveremos a los médicos generalistas de nuestros antepasados porque con tanta especialización, incluso dentro de cada disciplina, hay médicos traumatólogos que solo saben de rodillas, cardiólogos que solo tratan arritmias o psiquiatras que solo saben de conductas adictivas. En este contexto, es muy fácil que perdamos la perspectiva y nos cueste entender al paciente en su globalidad.

Con el tiempo nos hemos ido dando cuenta de que, si bien la especialización es muy necesaria, también nos cercena la visión general del paciente, y esta es muy importante a la hora de hacer la evaluación.



**Todos los
órganos y
sistemas están
íntimamente
conectados con
el cerebro.**

El cuerpo como disfraz: la depresión enmascarada

Valga un ejemplo para dejar constancia de lo presente que está el cuerpo en lo psíquico y de lo poco que pensamos en ello. Un día acude a la consulta un paciente con cefaleas recurrentes, molestias gastrointestinales, cansancio, disminución de la libido y dolores múltiples, y le pregunta al facultativo: «Doctor, ¿puede ser depresión?».

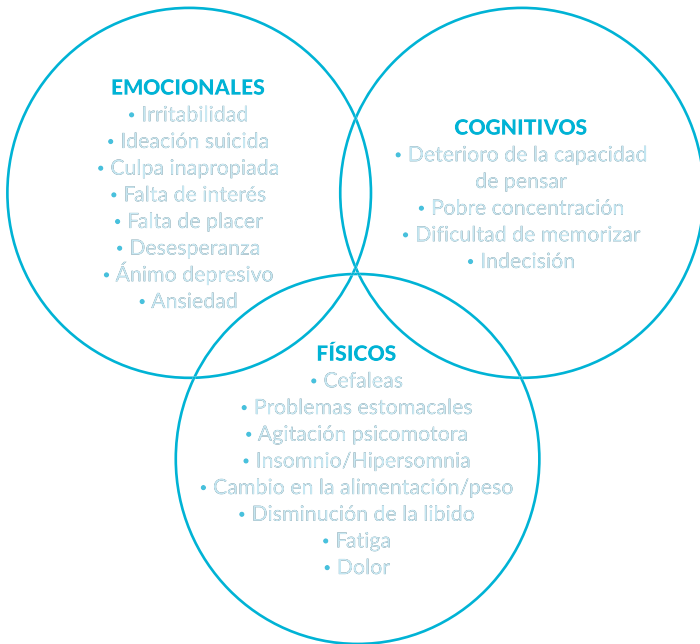
Esta es la pregunta que se plantean muchos pacientes después de haber desfilado por la consulta de un sinfín de especialistas, desde el digestivo, el reumatólogo y el internista hasta el acupuntor y otros médicos alternativos. De hecho, esta lista podría incluir al homeópata, al osteópata, chamán africano, al doctor Google o doctor Amazon; es decir, cualquier facultativo, real o supuesto, con tal de no llegar al psiquiatra.

En una sociedad en la que parece que cada vez tenemos más dificultades para expresar nuestras emociones y donde se aceptan mejor los síntomas físicos que los psíquicos, se presentan a menudo las depresiones conocidas como depresiones enmascaradas. ¿Y a qué me refiero por depresión enmascarada? Si estás pensando en la mascarilla de los tiempos de pandemia que nos ha tocado vivir, no tiene nada que ver, aunque muchas personas refieran preocupación en torno a esta: «Doctora, creo que cuando me tenga que quitar la mascarilla me voy a sentir muy inseguro». Realmente por depresión enmascarada entendemos un subtipo de depresión en la que los síntomas se manifiestan en forma somática con dolores y malestar general, por ejemplo, más que en forma de tristeza. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran los problemas digestivos, los dolores de espalda y de cabeza, el cansancio, la pérdida de apetito, la disminución de la libido, los problemas de sueño, etc.

Cuando pensamos en la depresión, lo primero que nos viene a la cabeza es la tristeza y la desgana, pero pasamos por alto los síntomas cognitivos (la dificultad para concentrarse, por ejemplo) o los síntomas físicos, los que sentimos en el cuerpo; como si todo se concentrara en la cabeza y el cuerpo no pintara nada. Y es que nos resulta muy difícil hacernos una idea global de estos trastornos tan complejos.

La presencia de síntomas somáticos en las depresiones se conoce desde hace años.⁵ Estamos ante unos trastornos en los que los síntomas somáti-

cos o corporales se encuentran en primer plano, mientras que los psicológicos permanecen en la retaguardia.⁶ A este tipo de depresiones también se les ha dado el nombre de equivalentes depresivos, depresiones larvadas, depresiones sin depresión o depresiones enmascaradas.



El rasgo común de estas depresiones somáticas es que pueden pasar desapercibidas. En estos casos, la certeza del diagnóstico descansa sobre la pericia del profesional clínico. Una buena evaluación e historia clínica del paciente (anamnesis) nos permitirá afinar sobre el tipo de depresión ante la que nos encontramos.⁷

Asimismo, el tratamiento de este tipo de depresiones implicará que, aparte de suministrar las medicaciones y psicoterapias oportunas, habrá que informar y explicar al paciente su padecimiento y la causa de sus síntomas a fin de evitar la culpabilización. El sentimiento de culpa es un síntoma que se presenta muy a menudo en los pacientes con depresión y que, si se ignora, puede incrementarse y empeorar notablemente el cuadro. El paciente puede pensar, por ejemplo, que él es el único responsable de todo lo que le sucede, que la depresión no es sino una elección y que

su problema reside solamente en la falta de fuerza de voluntad. Al final, todo esto aumenta el sentimiento de culpa y agrava el cuadro. De ahí la importancia de informar a la población sobre el asunto, porque una sociedad psicoeducada y conocedora de los padecimientos mentales es una sociedad más sana.

Poner el cuerpo en el centro

¿Alguna vez te habías parado a pensar en la cantidad de metáforas que utilizamos y que se refieren al cuerpo?: «meter la pata» (equivocarse), «tomarle el pelo a alguien» (burlarse), «poner el dedo en la llaga» (hablar de la realidad por dura que parezca), «tener la cabeza en su sitio» (sensatez), «ser el brazo derecho» (la persona de confianza), «ser como uña y carne» (sobre la sinceridad de la amistad), «tomarse algo a pecho» (darle mucha importancia), «estar hasta las narices» (estar harto), «hablar por los codos» (hablar mucho)... Todas dan cuenta de la importancia del cuerpo en nuestra cognición, en nuestra conducta y en nuestra forma de relacionarnos.

Al cuerpo, pues, lo nombramos mucho, pero lo pensamos poco. Vamos en modo automático y no nos paramos a escuchar y prestarle la atención debida. La mente no solo emerge del cerebro; emerge del cuerpo y de nuestras relaciones con los demás.

El estado de nuestro cuerpo dice mucho de nosotros y, además, a través de él nos comunicamos e interactuamos con el mundo. En este libro vamos a hablar mucho de cuerpos, del tuyo, del mío y del de los demás, porque no podemos entendernos sin entender también al otro. Nuestro cuerpo y nuestra mente son el fruto de ese fascinante *baile* que nos marcamos con los demás, llamémosle «vals social».

El enfoque que aquí se plantea es, por tanto, el del cuerpo como una forma de estar en el mundo, como una forma de percibir, reaccionar y pensar sobre el medio que nos rodea. Las experiencias y vivencias están siempre encuadradas en la dimensión corporal, que es donde tienen lugar.

El ser humano tiene un cuerpo a través del cual se expresa y, al comprenderlo, se accede al resto de las di-



**Al cuerpo,
lo nombramos
mucho, pero lo
pensamos poco.**

mensiones humanas, ya que esta es la puerta de entrada a todas ellas. Esta concepción implica que el ser humano es visto como un todo, como una entidad coherente con continuidad, unidad y sentido de agencia. ¿Y qué es esto del sentido de agencia? Me refiero a la conciencia subjetiva de que estamos ejecutando y controlando las propias acciones, de que somos los efectores últimos de estas (por ejemplo, que es mi mano la que está siendo tocada y acariciada y no la de otra persona). Esta visión no tiene nada que ver con aquellas que consideran la mente como algo independiente del resto del cuerpo.

En las últimas décadas se ha concedido al cerebro una atención quizá desmedida, lo que ha derivado en un cerebrocentrismo que cada vez deja más de lado el cuerpo. Buena muestra de ello es la gran cantidad de ciencias que han surgido con el prefijo *neuro* y *psico*, como si este fuese un sello de garantía que otorgase fiabilidad o validez a dicha disciplina, ciencia o área del conocimiento. Como si por ir acompañada de esa raíz etimológica, esta partiera de los mismos principios que las ciencias neurológicas y psicológicas. La *neuromoda* que ignora al resto del cuerpo: neuroeconomía, neuroarquitectura, neuromarketing, psicocosmética, neurocoaching, etc.

Veamos el ejemplo de la psicocosmética: ¿crees que un cosmético puede hacerte sentir mejor? Pues esto pretende la llamada «psico» o «neurocosmética», regular nuestro estado de ánimo «bioquímicamente» a través de productos con ingredientes activos que tengan capacidad de producir «neuroacciones» en las terminaciones nerviosas de la piel.

Esto no es nada fácil, pero lo cierto es que la industria cosmética cada vez está más interesada en el impacto emocional de sus productos, y eso siempre es bueno. Mente y cuerpo van de la mano, y por mucho que nos guste separarlos, el autocuidado de la piel tiene un impacto más que positivo en cómo nos vemos y sentimos. Sin embargo, hablar de «neuro» o «psico» cosmética para referirnos a estos efectos es ir demasiado lejos, pues estaríamos confundiendo placer con emociones y con estado de ánimo. Por mucha sensorialidad que tenga una crema o ese champú que te lleva al «éxtasis» en la ducha, no dejan de ser efectos superficiales y transitorios. A lo largo del día hay muchas actividades que nos aportan placer y nos hacen «sentir» mejor: practicar deporte, comer, charlar con un amigo,

besar... ¿los podemos también llamar psico-charla, neuro-alimentación, psico-besos o neuro-sentadillas? ¿Qué te parece?

Este uso indiscriminado de lo *neuro* y *psico* ha llegado a banalizar y tergiversar el término, como ya ocurrió en su momento con lo *bio*. Por eso, será importante controlar el uso de estos prefijos y además reivindicar el papel del cuerpo en nuestros procesos mentales.

Los efectos placebo y nocebo como ejemplos de la conexión mente-cuerpo

Los efectos placebo y nocebo son también ejemplos claros de la importancia de la conexión mente-cuerpo.

Las expectativas positivas, la confianza y la fe tienen su importancia. De hecho, los cambios fisiológicos que se producen a raíz de estas expectativas es lo que se ha llamado efecto placebo o, dicho de otro modo, «efecto creer». El clásico «cura sana, culito de rana» es capaz de acabar con algunos *males* de un plumazo. «No cabe duda de que las expectativas que tiene un paciente sobre un tratamiento, ya sean positivas o negativas, desempeñan un papel decisivo en su éxito o fracaso.»

El efecto placebo es el efecto positivo que tiene una medicina o sustancia por el hecho de creer en ella o en el profesional que nos la ha recetado, aunque no tenga moléculas activas. Es decir, el hecho de que un médico nos recete algo que, según él, nos va a sentar bien y a reducir el dolor ya hace que notemos un cierto alivio, aun cuando nos haya dado una cápsula llena de agua.

El efecto placebo se ha usado desde la Antigüedad, bien en remedios que contenían desde veneno de serpiente hasta hojas y raíces, bien en rituales y ceremonias, y todos ellos consiguieron aliviar el dolor y el malestar físico de muchos enfermos. Se ha observado que en el efecto placebo se activan las mismas regiones cerebrales que en el consumo de opiáceos y además se ha asociado a una liberación de endorfinas. Nuestros pensamientos y emociones tienen la capacidad de modificar sensaciones físicas como las del dolor y pueden alterar incluso el funcionamiento del sistema endocrino y del inmunitario.

Por regla general, hay factores que aumentan el efecto placebo: por

ejemplo, el prestigio del médico que nos trata, el condicionamiento basado en experiencias previas, la motivación, las características del medicamento recetado, etc. Pero, además, este efecto varía según el entorno sociocultural del paciente.

Los estudios sobre el efecto placebo de los medicamentos arrojan conclusiones tan curiosas como que las pastillas de color rojo se consideran más efectivas que las de color azul, excepto en Italia, donde sucede justo al contrario, probablemente porque la gente se siente más identificada con el color azul de la camiseta de la selección nacional de fútbol. También se piensa que dos píldoras hacen más efecto que una, aunque correspondan a la misma dosis, o que las inyecciones funcionan mejor que las pastillas.

El precio de los medicamentos es otro de los factores que influye en la percepción del efecto que nos causará. Un experimento realizado por investigadores del Centro Médico Universitario de Hamburgo-Eppendorf (Alemania) y publicado en la revista *Science* concluyó que cuanto más caro es un fármaco, mayor es el efecto placebo. Por tanto, un medicamento de precio elevado es considerado más efectivo que uno más barato. Pero, además, se tiene la percepción de que los efectos secundarios del medicamento más caro son más potentes que los del fármaco de menor precio. Esto explicaría por qué algunos pacientes experimentan un empeoramiento de sus síntomas en cuanto se fijan en el precio de su medicina.

Hoy sabemos que una de las regiones cerebrales implicadas en estos procesos es la correspondiente a la corteza prefrontal (más en concreto, la parte ventromedial). Esta es justamente una zona muy involucrada en los procesos de hipnosis y sugestión, así como en los ejercicios de meditación.

Pero hay algo mucho más accesible que las pastillas, ejemplo paradigmático del efecto placebo: los «placebesos». ¿Te habías parado a pensarlo? Todos los padres lo han experimentado alguna vez: basta un simple beso para que tu hijo pase en cuestión de segundos del llanto más inconsolable a su juego favorito. Y no hace falta ser padre para percibirlo. Los besos, a quienquiera que se den, pueden producir cambios y sensaciones fascinantes.

¿SABÍAS QUE...?

En salud mental existe una importante polarización en lo relativo a los fármacos: hay personas que los consideran una manipulación social o una conspiración de la industria farmacéutica, mientras que otras los ven como medios capaces de salvarles la vida. Pero no hay por qué compartir estas posiciones tan extremas. Los fármacos que se usan en psiquiatría tienen su utilidad y su función, y su uso dependerá de muy diversas variables (edad, diagnóstico, tipo de síntomas, aceptación del paciente, etc.). Estos fármacos siguen los mismos protocolos de aprobación que los de cualquier otra especialidad médica. Es más: muchos de los fármacos que usamos en psiquiatría para aliviar la ansiedad, como los antiepilépticos, son moléculas que usan los neurólogos para el tratamiento de epilepsia, pero que también usamos en psiquiatría para el alivio de la ansiedad. O los mismos antidepresivos son usados por neurólogos y anestesiólogos para el tratamiento del dolor, sin que por ello sean tan cuestionados.

Y no acaba aquí la historia. Muchas personas sostienen que los fármacos psicotrópicos no tienen ninguna eficacia porque, según ellas, es un simple efecto placebo: «Si funcionan, es por eso». Lo que muchos desconocen es que ese efecto placebo existe, pero se mide a la hora de aprobar un fármaco. Para ello se emplea el método de «doble ciego», en virtud del cual ninguno de los intervinientes —ni el paciente ni el médico— tiene conocimiento de si está suministrándose el fármaco real o un placebo (este es un método que no se puede aplicar a cualquier fármaco ni en cualquier situación, es decir, que solo se aplicará cuando el hecho de no recibir el fármaco prescrito no suponga un perjuicio para el paciente).



¿Y qué es el efecto nocebo?

A grandes rasgos, se podría decir que el efecto nocebo es el opuesto, «el lado oscuro» del efecto placebo. Sería algo así como el empeoramiento

de los síntomas de una enfermedad por la expectativa, consciente o no, de los efectos negativos que puede tener una medida terapéutica.

En salud mental, este efecto se hace extensivo a la consulta y los profesionales intervinientes. Hay personas que en su primera cita ya entran diciendo que no creen en la psiquiatría, como si fuese un acto de fe (y a menudo añaden «que ellos no son de pastillas», como si los psiquiatras tuviésemos un interés perverso en medicar a los pacientes). En ese momento ya sabes que la evolución de esa persona, en caso de necesitar medicación, será tórpida. Un paciente que en condiciones normales respondería bien a un antidepresivo o a la terapia puede torpedear su recuperación simplemente porque no *cree* en el tratamiento. ¡Ojo! Lo mismo ocurre cuando *no se cree* en los analgésicos, pero estos casos son mucho menos frecuentes.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes que acuden a nuestras consultas leen el prospecto de los fármacos en cuanto abandonan el centro sanitario. Sin embargo, no hacen lo mismo con la aspirina o el paracetamol, por lo que no se percatan de que esas pastillas que se toman como si fuesen caramelos tienen más efectos secundarios que muchas de las que se usan en salud mental. Y es que el estigma que rodea nuestra especialidad ya es un efecto nocebo *per se*. Aquí el efecto del «no creer» tiene un impacto directo en el cuerpo y muchos de los efectos secundarios pueden estar relacionados con la propia sugestión emocional. No quiero decir que los psicofármacos no tengan efectos secundarios, que los tienen como cualquier otro fármaco, solo que, en estos casos, el efecto nocebo añade otros tantos efectos secundarios que no encontraríamos en otros fármacos no tan estigmatizados.

¿SABÍAS QUE...?

El profesor de Fisiología y Neurociencia Fabrizio Benedetti, gran investigador de los efectos nocebo y placebo, hizo hace unos años un experimento para mostrar cómo afecta al cerebro la propagación de rumores relacionados con la salud; para ello se centró en la difusión de ideas malintencionadas o sin base científica suficiente, esas que

mucha gente se cree a pies juntillas solo porque confían en la persona que las difunde.

El investigador se llevó a un centenar de estudiantes a los Alpes italianos, una cadena montañosa de más de tres mil metros de altura. Antes de iniciar el viaje, informó a uno de los alumnos de que la falta de aire allí arriba podría producirle migraña. El rumor se extendió rápidamente entre una parte de los estudiantes y, curiosamente, quienes sabían del efecto de la altitud sufrieron dolores de cabeza mucho más fuertes que los que ignoraban esa información.

Posteriormente, un estudio de la saliva realizado a los estudiantes sugestionados por el conocimiento de los supuestos efectos secundarios de la altitud mostró una reacción exagerada a la escasez de oxígeno, con una proliferación de enzimas asociadas a los dolores de cabeza provocados por la altitud. Es decir, el rumor había llegado a la bioquímica del cerebro, había tenido un efecto nocebo.

Al lector le resultará fácil ahora entender cómo el estigma de la salud mental, fomentado muchas veces por los medios de comunicación, puede impactar negativamente y actuar como nocebo en la evolución de nuestros pacientes o en los propios familiares y amigos de estos, que, influidos por los estereotipos en torno a la enfermedad mental, no sabrán proporcionar la ayuda adecuada.



El miedo y la hipervigilancia respecto a los posibles efectos adversos son, precisamente, dos de los factores que más incrementan la sensación de malestar. De ahí la responsabilidad también de los propios profesionales a la hora de transmitir la información a los pacientes, ya que pueden generar expectativas negativas. Lo que le decimos al paciente, nuestras palabras mismas, puede hacer que el cuadro clínico empeore. El clásico «Te vas a quedar en silla de ruedas como no hagas tal cosa» puede tener un impacto muy negativo. No podemos ser tan categóricos porque, aunque la intención no sea mala, se puede causar más daño que beneficio a la recuperación del paciente. El poder del efecto nocebo sobre determinados individuos es muy potente.

A estas alturas, la mayoría ya os habréis dado cuenta de la importancia de nuestros pensamientos, de nuestro lenguaje y de los procesos mentales, que, si bien intuitivamente parecen algo abstracto e intangible, pueden convertirse en algo físico y definible. En el campo del placebo y el nocebo, «[creer o no creer es, en parte, la cuestión](#)».