

S.M.T
SÍNDROME DE
MIOSITIS TENSIONAL

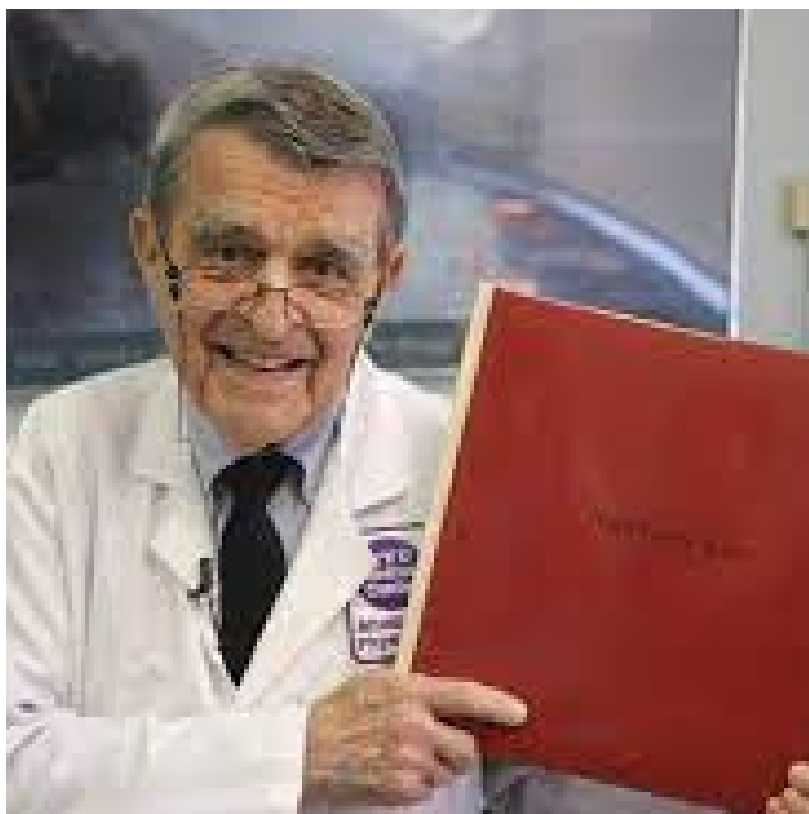
EL REVOLUCIONARIO
APORTE DEL DR. JOHN
SARNO



ÍNDICE POR PAGINAS

<i>01</i>	HOMENAJE AL DR JOHN SARNO
<i>02</i>	LA FRUSTRACIÓN INICIAL
<i>04</i>	OTRAS CARACTERÍSTICAS
<i>05</i>	NO SOLO DOLOR
<i>07</i>	EN BUSCA DE UN NOMBRE
<i>08</i>	EL ROL DE LA PERSONALIDAD
<i>10</i>	LA PSICODINÁMICA DEL SMT
<i>11</i>	UN GIRO RADICAL EN EL TRATAMIENTO
<i>15</i>	BIBLIOGRAFÍA

HOMENAJE AL DR. JOHN SARNO



John E. Sarno se graduó en el colegio de médicos y cirujanos de la Universidad de Columbia en 1950. En 1965 fue nombrado director del Departamento de Medicina Ambulatoria en el Instituto Rusk de Nueva York. Falleció en 2017 a los 93 años



La frustración inicial

Durante más de cuatro décadas de trabajo clínico acompañado de una gran honestidad académica y gracias a una aguda observación científica y al enfoque humanizado del padecer de sus pacientes, el Dr. Sarno sentó las bases para un nuevo paradigma en el abordaje del dolor crónico.

Sin embargo, en sus comienzos como médico fisiatra evaluaba a sus pacientes con dolor músculo-esquelético crónico a través de un examen clínico clásico, realizando inspección, palpación, pruebas funcionales y estudios complementarios por imágenes.

Luego de estas evaluaciones, diagnosticaba a los pacientes siguiendo los estándares académicos de la época, asociando por ejemplo, el dolor lumbar de sus pacientes a causas anatómicas y estructurales como protrusiones discales, pinzamientos o alteraciones de los ejes de la columna como rectificación, escoliosis, etc.

Sarno prescribía medicación analgésica y anti-inflamatoria e indicaba varias sesiones de fisioterapia (terapia física) para posteriormente

realizar una evaluación de control al finalizar el tratamiento prescripto.

Observaba con mucha frecuencia que los pacientes obtenían al principio alguna mejoría luego de la terapia física y la medicación, pero para la gran mayoría de aquellos, el alivio del dolor era parcial, no se sostenía en el tiempo y volvía después de finalizar el tratamiento.

Algunos pacientes ni siquiera manifestaban mejoría y lo que era peor, su condición física empeoraba por la restricción del movimiento que sugería el propio doctor.

La frustración del Dr. Sarno crecía al ver que la mayoría de los pacientes con dolor crónico no mejoraban, ni sustancial, ni sostenidamente. Observaba también los mismos resultados en sus colegas, por lo que comenzó a preguntarse si algo estaba fallando en la raíz misma del proceso terapéutico.

Se cuestionó lo que nadie había hecho hasta entonces: ¿era el modelo diagnóstico acertado? Sarno comenzó a sospechar, por cuestiones que en principio no comprendía, que los diagnósticos que él y sus colegas realizaban a diario, debían estar equivocados.

El buen doctor también comenzó a darse cuenta a través de su propia observación clínica lo que hoy ya es un hecho comprobado científicamente: los hallazgos de anomalías estructurales en la columna y otras articulaciones, no se correspondía con el nivel, ni el tipo de dolor de sus pacientes.

Personas con un dolor severo e incapacitante, muchas veces apenas poseían leves cambios estructurales en sus columnas, a tal punto que se podía afirmar que sus columnas eran "normales" y los cambios degenerativos, eran los esperables para sus edades.

Asimismo, otros pacientes con una presentación de síntomas mucho más leves podían cursar con una florida presentación de alteraciones estructurales como osteofitosis, pinzamientos, herniaciones discales

en múltiples niveles, listesis vertebrales, etc.

Tampoco eran coincidentes los síntomas por pinzamiento nervioso con el nivel vertebral que estaba supuestamente afectado. Los pacientes solían manifestar síntomas irradiados en sectores corporales que no correspondían al nervio espinal que debería estar pinzado por las estructuras vertebrales alteradas.

Otras características que “no encajaban”



Cuando el Dr. Sarno inspeccionaba palpatoriamente a sus pacientes, solía encontrar puntos sensibles muy dolorosos en varias regiones del cuerpo, especialmente en músculos y tendones, pero que no necesariamente estaban relacionados topográficamente con el sector doloroso por el que consultaban.

Por ejemplo, aunque el paciente padeciera de lumbalgia, Sarno encontraba muchas veces puntos dolorosos a la palpación en zonas muy alejadas a la zona lumbar, como los trapecios, la nuca o los miembros superiores. Esto lo hizo sospechar que por algún motivo, el sistema nervioso central debía estar implicado en este fenómeno.



No sólo dolor.

Sarno comenzó a observar un patrón típico que se daba en estos pacientes aquejados de dolor músculo-esquelético persistente; una serie de características que solían presentarse en la gran mayoría de las personas que lo consultaban y a las que nadie antes había conectado con el dolor.

El Dr. Sarno confeccionaba una historia clínica detallada, que obviamente incluía otros sistemas orgánicos además del sistema músculo-esquelético.

Cuando registraba los antecedentes de otras patologías, así como otros síntomas presentes en la actualidad, se encontraba sistemáticamente que el paciente padecía o había padecido uno o varios trastornos asociados al estrés.

Así, los pacientes con lumbalgias y otros dolores músculo-esqueléticos, sufrían además y con mucha frecuencia, migrañas, gastritis, colon irritable, bruxismo, erupciones cutáneas, alergias y otras afecciones que ya en esa época habían sido asociadas al estrés crónico.

Muchos de ellos además pasaban o habían pasado por períodos de ansiedad, depresión incluso sufrido ataques de pánico y otros trastornos que apuntaban directamente al estrés, como el insomnio y la fatiga crónica sin causas orgánicas concretas.

Por lo tanto, la primera hipótesis del Dr. Sarno fue que el dolor de espalda, el dolor ciático o articular crónico, no se debía a las causas estructurales a las que todos en la comunidad médica apuntaban, sino que debían de alguna forma estar generadas por el sistema nervioso debido al estrés sostenido e intenso por el que pasaban estas personas.

Para Sarno todas estas manifestaciones sintomáticas no eran entidades patológicas separadas, sino que representaban "distintas ramas de un mismo árbol"; es decir todas provenían de un mismo fenómeno mente-cuerpo o psico-somático al que denominaría Síndrome de Miositis tensional.



En busca de un nombre

Por esta relación entre el estrés, (que en inglés se puede equiparar con la palabra "tension"), la afectación de los tejidos blandos (principalmente los músculos y tendones) y un supuesto componente inflamatorio, Sarno acuñó un término, que posteriormente se haría muy conocido por sus lectores, el S.M.T. por las siglas de "Síndrome de Miositis Tensional".

La elección de los términos sintetiza las principales características de este fenómeno: "Síndrome" por ser un conjunto de síntomas que se presentan juntos; miositis porque se refiere a mio = músculos (y tendones), "itis" por inflamación, y "tensional" por estar producido por estrés (tension en inglés).

Con el transcurso del tiempo, se realizaron algunos ajustes a estas primeras definiciones, y como ya mencionamos, se observó que el componente inflamatorio no estaba necesariamente presente en el SMT. Además, se observaban con mucha frecuencia manifestaciones sintomáticas en otros tejidos además de músculos y tendones, principalmente algunos nervios como el ciático y el nervio mediano, por lo que algunos colegas de Sarno comenzaron a llamarlo más precisamente "Síndrome Mio-neural".

Posteriormente otros profesionales que siguieron la línea de Sarno, e incluso aprendieron junto a él en su clínica de Nueva York, comenzaron a buscar otras denominaciones que pusieran más el énfasis en el origen mente-cuerpo del SMT y que no apuntaran tanto al concepto más ambiguo de "estrés" cómo causante del mismo. Otras denominaciones propuestas para nombrar al SMT fueron:

- MBS Mind-Body Syndrome (Dr. Schubiner)
- AOS : Autonomic Overload Syndrome (Dr. Scott Brady)
- DPS: Distraction Pain Syndrome (Dr. David Schechter)
- PPD: Psycho-Physiological Disorder (Alan Gordon y Dr. Schubiner)

Este último es quizás el término más utilizado en la actualidad y el que ha dado el nombre a la PPDA (Psycho-Physiological Disorder Association), la institución que agrupa a los profesionales que se alinean con este nuevo paradigma mente-cuerpo iniciado por el Dr. Sarno y que realiza divulgación e investigación sobre estos temas.

Atando otros cabos: el rol de la personalidad



El patrón consistente que observó Sarno en cientos de pacientes, no solo tenían que ver con las manifestaciones sintomáticas “incongruentes” con supuestas causas estructurales y con los antecedentes de otras afecciones por estrés, sino que además implicaban un aspecto no tenido muy en cuenta por la medicina ortodoxa de esa época (ni de la actual): la personalidad del paciente.

Los pacientes con dolor crónico mostraban una tipología de personalidad que llamó mucho la atención de Sarno. Estos pacientes solían ser muy responsables, con tendencias perfeccionistas y altos niveles de exigencia y auto-crítica.

Además, presentaban un rasgo particular muy acentuado de auto-exigencia por tener que complacer a otros (people pleasing), generalmente acompañado de baja auto-estima y susceptibilidad a la crítica.

Estos pacientes padecían una enorme presión interna por esforzarse constantemente en ser buenas personas, no mostrar enfado y agradar a toda costa. Sarno los caratuló de "buenistas", y llamó a este tipo de personalidad tipo "B" para diferenciarlos de la personalidad tipo A que ya había sido estudiada en relación a afecciones cardiovasculares.

Infirió que este tipo de personalidad buenista, combinada con el perfeccionismo y la auto-crítica generaría grandes cantidades de rabia y presión interna en estas personas, y que de alguna forma esto desembocaría en síntomas psico-físicos y altos niveles de estrés.

El Dr. Sarno también dedujo este patrón porque él mismo padecía de cefaleas frecuentes y reconocía en sí mismo rasgos de esta personalidad tipo B, con altos grados de responsabilidad y perfeccionismo y una tendencia a suprimir la rabia entre otras emociones.



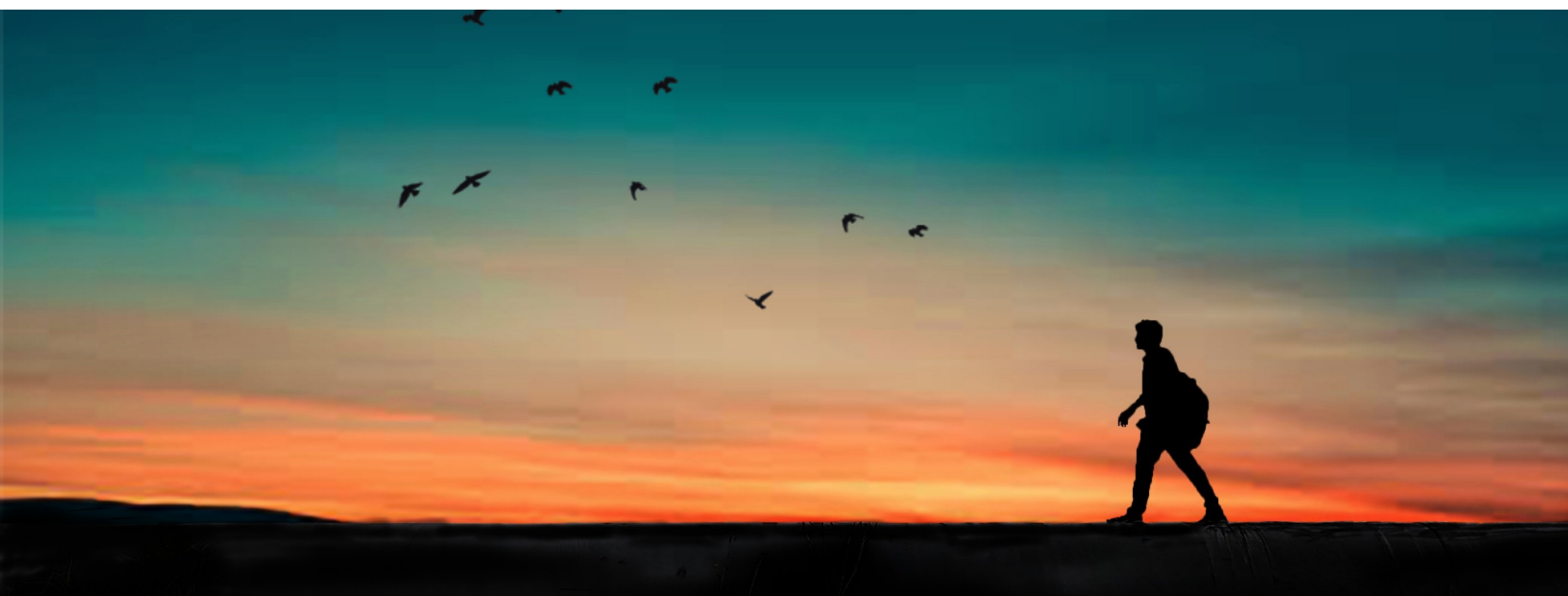
La psicodinámica del SMT.

Re-validando lo inconsciente.

Para comprender la dinámica psicológica subyacente al SMT, el Dr. Sarno trabajó en colaboración con psicólogos de orientación psicoanalítica como Stanley Cohen, quienes le hicieron percatar que los síntomas físicos actuaban como un mecanismo de defensa inconsciente y que no eran solo producto del estrés.

La hipótesis de que todos albergamos en el inconsciente una gran cantidad de rabia narcisista debido en gran parte a nuestras experiencias tempranas de vida, alumbró el entendimiento de que el dolor y los síntomas actuaban en realidad como un mecanismo protector para evitar que esa rabia, y otros sentimientos como la culpa, emergieran a la conciencia.

El dolor y otros síntomas equivalen a "amplificar" la información de la percepción física para dejar de "fondo" (en el subconsciente) la información psíquica-emocional.



Ante la emergencia de una emoción conflictiva como la rabia, el cerebro rápidamente (de forma automática e inconsciente) genera dolor y/o síntomas para desviar la atención hacia la vía física de percepción consciente, “resolviendo” a su modo el problema de tener que lidiar con dicha emoción.



a

Un giro radical en el tratamiento

Desde esta nueva perspectiva revelada por el Dr. Sarno se puede comprender mejor porqué el dolor músculo-esquelético persiste. Los intentos de erradicar el dolor por vías físicas (medicación, terapias manuales, ejercicios terapéuticos, cirugías, acupuntura, etc.) serán siempre en vano si el propósito de dicho dolor (y otros síntomas) es lidiar con emociones difíciles.

Por estos motivos Sarno optó por dejar de prescribir medios físicos para curar a estos pacientes. Incluso la bien intencionada terapia física (fisioterapia) no resulta adecuada en el SMT, ya que sigue enfocando a la persona en su cuerpo (vía física) y reforzando sin

saberlo, el mecanismo defensivo de distracción y de represión emocional.

A pesar de no contar con el apoyo de la comunidad médica de su época, Sarno se animó a dar un giro radical en su forma de atención y comenzó a tratar de sus pacientes solo con psico-educación.

Inicialmente realizaba una exhaustiva examinación clínica de sus pacientes y se aseguraba de que no padecieran otras enfermedades que sí requerían intervenciones médicas ortodoxas como cáncer, infecciones, fracturas o enfermedades reumáticas entre otras.

Cuando se aseguraba de que lo que padecían eran manifestaciones del SMT, explicaba a cada paciente la naturaleza mente-cuerpo de sus dolencias tanto de forma individual como a través de seminarios grupales que impartía en su clínica.

Alentaba a retomar la actividad física intensa y cortar el círculo vicioso de miedo-dolor-miedo.

Sugería a la vez contactar con las situaciones emocionales que estas personas evitaban proponiendo trabajar con una escritura emocional o terapéutica y solicitando ayuda psicoterapéutica si era necesario.

El único requisito inicial que el Dr. Sarno consideraba condición sine qua non para sanarse, era que la persona aceptara completamente el diagnóstico del SMT.

Si el individuo seguía creyendo en que las causas de su dolor provenían de las alteraciones estructurales informadas en los estudios, era poco probable que se beneficiara del enfoque psico-educativo, por lo que Sarno rechazaba atender los pacientes que no aceptaran el diagnóstico.

Ante las críticas de sus colegas sobre esto, él argumentaba que un cirujano también selecciona si un paciente puede ser operado o no, de acuerdo a condiciones previas, por lo que él mismo consideraba esencial realizar una pre-selección para garantizar el éxito del tratamiento.

Al comenzar a aplicar este enfoque psico-educativo Sarno observó a lo largo de décadas de práctica clínica como miles de pacientes se recuperaban del dolor crónico y retomaban una vida activa. Por ello concluyó que el SMT es una condición benigna que es reversible en la mayoría de los casos y debe ser enfocada desde una perspectiva más psicológica que física.

El Dr. Sarno consideraba la educación la clave central para revertir el SMT y liberarse del dolor. Hasta el final de su carrera recibía numerosas cartas de personas de todo el mundo que le agradecían por haberse liberado del dolor y otros síntomas gracias a la lectura de sus libros.

Aunque aún no estaban claros los mecanismos neuro-fisiológicos de cómo la educación podía revertir los síntomas, el buen doctor confió plenamente en sus observaciones clínicas e inspiró a otros profesionales a continuar el camino hacia un nuevo paradigma en Medicina.

Sarno realizó tres estudios retrospectivos en el Instituto Rusk en 1982, 1987 y 1999 para evaluar la eficacia del tratamiento con SMT. En total, 371 pacientes con dolor crónico seleccionados al azar fueron entrevistados seis meses a tres años después del tratamiento para determinar su nivel de dolor y capacidad funcional. El 72 por ciento informó que estaba libre o casi libre de dolor y realizaban actividad física sin restricciones, mientras que el 16 por ciento reportó alguna mejora, y sólo el 12 por ciento poca o ninguna mejora.

Uno de estos tres estudios se realizó incluyendo sólo pacientes con hernias discales documentadas. Más de un tercio había sido previamente aconsejado por los médicos para someterse a una cirugía. Sin embargo, cuando se los entrevistó entre uno a tres años después del tratamiento con SMT, un notable 88 por ciento de estos pacientes informaron estar libres o casi libres de dolor.

Actualmente sus libros han sido traducidos a varios idiomas y siguen siendo una obra de referencia para la Medicina psico-somática.

La labor del Dr. Sarno comenzó a ser más difundida cuando algunas celebridades de EEUU como Howard Stern y Larry David dieron su testimonio de cómo lograron recuperarse de sus dolores de espalda y otros síntomas utilizando sólo el enfoque mente-cuerpo descrito arriba.

Esta mayor exposición pública llegó por desgracia más hacia el final de su carrera, después de haber sufrido durante décadas el ostracismo por parte de sus colegas y un rechazo de la comunidad académica que siempre sintió resquemor hacia la dimensión menos tangible de la psique humana.

Los aportes y la trayectoria de este humilde doctor, han sido plasmados en un inspirador largometraje documental estrenado en el año 2016 titulado : "All the rage (Saved by Sarno)", que recomendamos tanto a profesionales de la salud como a los pacientes que buscan desesperadamente una solución a su padecer.

"la información es la penicilina de este problema"

Dr. John Sarno, "The Mindbody Prescription"

Bibliografía

1. Sarno J. Healing back pain. New York: Warner Books; 1991
2. Sarno J. The mindbody prescription: Healing the body, healing the pain. New York: Warner Books; 1998.
3. Sarno J. The divided mind: The epidemic of mindbody disorders. New York: Harper Collins Publishers Inc; 2006.
4. All the Rage (Saved by Sarno). Película documental, 2016.
Dirección David Beilinson, Michael Galinsky, Suki Hawle